Przedruk artykułów bez zezwolenia redakcji wzbroniony.

Nr. 22. 28. maja 1933 Rok XII.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

PRACE ORYGINALNE.

Doc. Dr. Józef SZYMANOWICZ. Kraków.

O poprzecznem otwieraniu dolnego odcinka macicy przy cięciu cesarskiem nadłonowem.

Z oddziału ginekol.-położniczego szpitala św. Łazarza w Krakowie. Ordynator: doc. dr. J. Szymanowicz.

O technice cięcia cesarskiego, o wyższości jednego sposobu operacyjnego nad drugim tyle już pisano, że zdawałoby się niemożliwością coś więcej w tej sprawie dodać. A jednak doświadczenie nabyte wprost podczas zabiegu, czy w okresie pooperacyjnym, czy wreszcie podczas obserwowania kobiety w późniejszym czasie, często w okresie następnej ciąży, pozwala na coraz to nowsze ulepszenia i zmiany w samej technice zabiegu.

Po zwycięstwie cięcia pozaotrzewnowego w dolnym odcinku *(sectio caesarea extraperitonealis)* nad cięciem klasycznem, jakimkolwiekbądź sposobem w trzonie macicy wykonanem, utrwaliło się przekonanie, że przy niem pozostaniemy. Zabieg ten był jednak trudny, wymagał dobrego wyszkolenia operatora i nikt bez należytego przygotowania do niego przystępować nie powinien. Robił on wrażenie czegoś doskonałego, co nietylko ratuje dziecko, ale daje najwięcej możności ratowania matki nawet w przypadkach zakażonych i gorączkujących. Był to jednem słowem zabieg łączący wszystkie zalety.

Wkrótce jednak pokazało się, że można operować w dolnym odcinku z temi samemi widokami powodzenia, jak przy cięciu pozaotrzewnowem, posługując się sposobem przezotrzewnowym *(sectio caesarea suprapubica transperitonealis)*, a uniknąć równocześnie tego trudnego zabiegu, jakim jest cięcie pozaotrzewnowe.

Długoletnie doświadczenie i przeżycie tych ewolucyj od cięcia klasycznego przez pozaotrzewnowe do przezotrzewnowego w dolnym odcinku, nabyte w Klinice położniczo-ginekologicznej U. J. i na Oddziele III. szpitala św. Łazarza, na 142 osobiście operowanych przypadkach, pozwala należycie ocenić, że cięcie przezotrzewnowe jest sposobem, który przewyższa wszystkie inne dotychczas stosowane. Spełniło ono niezawodnie wymogi, jakie stawialiśmy temu zabiegowi, z wyjątkiem może jednego, o którym później powiem. Cięcie w dolnym odcinku przezotrzewnowe pozwalało nam operować stosunkowo późno nawet po odejściu wód płodowych, po należytem wyciągnięciu się dolnego odcinka i po bezwzględnem stwierdzeniu, że poród siłami natury jest w tym czy innym przypadku niemożliwy. Im później po rozpoczęciu się porodu operowano, tem łatwiej przedstawiał się zabieg. Cięcie w biernym odcinku macicy wykonane dawało daleko lepszą pewność gojenia się, niż w czynnym trzonie, który po porodzie ulega wybitnym zmianom wstecznym. Ograniczenie pola operacyjnego do dolnej części jamy brzusznej, możność oddzielenia chustkami laparatomijnemi od górnej jej części i uniknięcia zetknięcia się z jelitami, jako też zabezpieczenie przed dostaniem się płynnej zawartości macicy do jamy brzusznej — to wszystko dodatnie strony cięcia cesarskiego nadłonowego, przezotrzewnowego, które zmniejszają w wybitnym stopniu tak częste przy cięciu klasycznem powikłania ze strony otrzewnej. Nie bez znaczenia też dla późniejszych ciąży i porodów pozostaje blizna macicy. W następnych porodach daje ona prawie zupełną pewność wytrzymałości, w przeciwieństwie do blizny w pracującym trzonie.

Nie potrzebuję wobec tego dowodzić, że dla każdego wskazania cięcie w dolnym odcinku powinno być sposobem wyboru, nawet w przypadkach tak dla niego na pierwszy rzut oka nieodpowiednich, jakiemi są łożyska przodujące.

Nie zawsze jednak, nawet przy najlepiej opanowanej technice, udaje się uniknąć obrażeń pęcherza, dalej wykonać cięcie ściśle tylko w dolnym odcinku, jeżeli przecina się go podłużnie. Jest on bowiem często za krótki, aby przez otwór w nim powstały można było urodzić płód. W tym wypadku zmuszeni jesteśmy przedłużyć cięcie na dolny biegun trzonu macicy, albo przy przeciąganiu główy dziecka otwór ten powiększa się samorzutnie na trzon, lub nadmiernie ku dołowi, przyczem może przyjść do obrażenia pęcherza moczowego. Powstaje przytem otwór o brzegach szarpanych, nierównych, trudny do dokładnego zeszycia i mający gorsze warunki gojenia. Następstwem tego jest niebezpieczeństwo zakażenia, możliwość złego zrostu rany, a w związku z tem obawa pęknięcia przy następnej ciąży lub porodzie.

Te nieprzewidziane i niedające się niejednokrotnie uniknąć powikłania przy tak doskonałem zresztą cięciu w dolnym odcinku dadzą się ominąć, przy przecinaniu go poprzecznie zamiast podłużnie.

Po ogłoszeniu przez Gepperta pracy (Ztbl. f. Gyn. N. 39/32), o dobrych stronach poprzecznego nacinania szyjki przy cięciu cesarskiem, postanowiłem sposób ten zastosować na materjale mojego oddziału. Wykonałem je dotychczas w sześciu przypadkach cięcia cesarskiego z rozmaitych wskazań.

I. U pierwiastki l. 39, ze ściśnieniem miednicy II. stopnia, po wczesnem odejściu wód płodowych, słabych bólach porodowych, gdzie dolny odcinek nie był wyciągnięty — cięcie poprzeczne w dolnym odcinku wykonałem bez żadnych trudności i powikłań. Cięcie podłużne u niej musiałoby przejść na trzon macicy.

II. U pierwiastki l. 26, z łożyskiem przodującem zupełnem, w znacznej części usadowionem od przodu, wykonałem również cięcie poprzeczne w dolnym odcinku, przyczem stwierdziłem, że i krwawienie i trudności przy wydobyciu płodu były mniejsze, aniżeli zwykle to się zdarza przy innych sposobach operowania.

III. i IV. Wieloródki l. 32 i l. 36, po przebytych cięciach cesarskich wykonanych poza oddziałem z powodu ścieśnienia miednicy II. stopnia. U obu operowanych nie natrafiłem na najmniejsze nawet trudności, poza zwykłemi zrostami, jakie przy powtórnych zabiegach zawsze się spotyka. Stare, podłużne blizny macicy nie komplikowały nowego poprzecznego cięcia.

V. U wieloródki (C. III.), która straciła dwoje dzieci bezpośrednio przed rozpoczęciem się bólów porodowych *(mors foetus habitualis)*, cięcie wykonane w dolnym odcinku poprzecznie, udowodniło wszystkie zalety tego sposobu.

VI. U pierwiastki l. 29, z miednicą płaską, rachityczną i dużym płodem (4700 g), 14 godzin po rozpoczęciu się bólów porodowych z dobrze wyciągniętym dolnym odcinkiem, wykonano cięcie jak u poprzednich, tylko z odmianą Gepperta — rozszerzeniem nacięcia na boki, na tępo.

Przebieg wszystkich połogów bez powikłań, płody żywe.

Tych sześć przypadków pokrótce przedstawionych, pozwoliło mi uznać sposób poprzecznego przecinania szyjki macicy przy cięciu cesarskiem nadłonowem za bezpieczniejszy dla rodzącej — tak bezpośrednio po zabiegu, jakoteż i w przyszłości — a bezwzględnie wygodniejszy dla operatora.

W samej technice zastosowałem w pięciu pierwszych przypadkach pewną odmianę sposobu podanego przez Gepperta. Autor ten przecina otrzewną bezpośrednio nad pęcherzem poprzecznie, poczem zesuwa pęcherz ku dołowi. Po odsłonięciu w ten sposób dolnego odcinka, nacina w środkowej jego części mięśniówkę na nieznacznej przestrzeni, poczem rozszerza nacięcie palcami wskazującemi na boki. Nie mając zaufania do ran dartych, postępowałem w ten sposób, że po przecięciu otrzewnej nad szczytem pęcherza moczowego i zesunięciu go ku dołowi, przecinałem dolny odcinek nożem w środku i od tego nacięcia przedłużałem cięcie w obie strony prostemi nożyczkami. Jeżeli przecięte naczynia krwawiły obficiej, to nakładałem w tych miejscach Museux'y, tępe szerokie i dalszy zabieg przebiegał bezkrwawo.

Ostatni zabieg wykonałem ściśle według Gepperta i muszę przyznać, że nie powoduje on żadnych powikłań, a rozszerzenie na tępo udaje się gładko, bez postrzępienia mięśniówki i uszkodzenia naczyń krwionośnych. Jest to zrozumiałe wobec struktury mięśnia i przebiegu naczyń krwionośnych w dolnym odcinku.

Zeszywam mięsień macicy katgutem tak, jak przy cięciu podłużnem: pierwsza warstwa szwy węzełkowe — uważając, aby błona śluzowa nie była wciągana w ranę; druga warstwa ciągły szew mięśniowo-mięśniowy, a trzecia ciągły szew otrzewnowo-otrzewnowy, łączący przecięty poprzednio załamek pęcherzowo-maciczny.

Powłoki brzuszne otwierałem dotychczas dla cięcia cesarskiego nadłonowego, w każdym przypadku sposobem Pfannestiela. Jeżeli poprzednie cięcie brzuszne było podłużne, to przy następnych ra-

zach trzymałem się linji środkowej, wycinając starą bliznę. Sądzę jednak, że zupełnie spokojnie można otwierać łamę brzuszną cięciem podłużnem, które jest dalcko prostsze, skraca czas trwania zabiegu, a dla przebiegu pooperacyjnego ani na przyszłość nie ma żadnych ujemnych następstw.

———

Dr. E. MICHAŁOWSKI, st. asyst. klin. Lwów.

O częściowej resekcji trzonu żołądka i jej zastosowaniu w leczeniu wrzodu trawiennego.

Z Kliniki Chirurgicznej U. J. K. we Lwowie.
Dyr. Prof. Dr. T. Ostrowski.

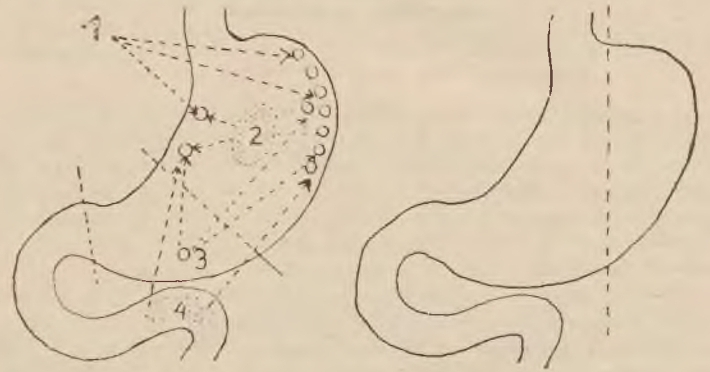
Sprawa chirurgicznego leczenia wrzodu trawiennego żołądka, mimo olbrzymiego piśmiennictwa, powstałego na ten temat, nie przestaje być ciągle tematem nowych badań klinicznych i doświadczalnych. Powodem tego jest wiele zupełnie jeszcze niejasnych momentów w pochodzeniu i patogenezie tego schorzenia. Nie wdając się tu wcale w liczne teorje co do powstawania, zaznaczyć należy, że geneza, jakoteż brak dążności gojenia się wrzodu, łączy się nierozerwalnie z czynnością trawienną soku żołądkowego. Działanie peptyczne jest, być może nie jedynym. niewątpliwie jednak najgłówniejszym momentem w utrzymywaniu się przewlekłego wrzodu. Klasycznym tego dowodem jest wrzód trawienny po zespoleniu żołądkowo-jelitowem, oraz spotykane czasem owrzodzenia w uchyłkach Meckela. W tych ostatnich przypadkach stwierdza się w uchyłkach wysepki błony śluzowej żołądka, przyjmuje się więc działanie peptyczne na nieprzystosowaną do tego działania błonę śluzową jelit.

Przeważająca ilość metod operacyjnych w chirurgji wrzodu żołądka i dwunastnicy ma za główny swój cel zniesienie tej szkodliwej czynności peptycznej.

Nie mam zamiaru omawiania wszystkich stosowanych i zalecanych metod. Zgrubsza podzielić je można na resekcje radykalne, t. j. usunięcie samego wrzodu zwykle z równoczesną resekcją ściany żołądka, posuniętą niekiedy do resekcji subtotalnej, oraz zabiegi symptomatyczne, które dzięki wywołanym przez nie zmianom w chemiźmie żołądka i w przechodzeniu treści pokarmowej mają korzystny wpływ na gojenie się wrzodów. Tu wymienić należy wyłączenie *(exclusio)* Eiselberga, dziś zupełnie zarzucone, różne postacie resekcyj paljatywnych, zespolenia żołądkowo-jelitowe i dwunastnicze, pyloroplastyki, zabiegi na nerwach błędnych oraz zespolenia dróg żółciowych z żołądkiem. Ze względu na niezbyt zachęcające wyniki tych operacyj zachowawczych, zmieniono je głównie w Europie na zabiegi bardziej radykalne. Rozległe resekcje nawet niezupełnie całkowite stały się dla wielu autorów metodą z wyboru w chirurgicznem leczeniu wrzodu żołądka i dwunastnicy. Operacje te mają na celu zmniejszenie kwasoty żołądkowej przez usunięcie części odźwiernikowej *(antrum)* i samego odźwiernika, które to części na drodze odruchowej i hormonalnej mają kierować wydzielaniem żołądkowem. Ale i po tych operacjach nie zawsze udaje się obniżyć kwasotę żołądkową, wobec czego zaczęto resekować coraz większe partje żołądka. Dla zniesienia kwasoty żołądkowej istnieje inna jeszcze droga znana dawniej z badań doświadczalnych na zwierzętach, a zastosowana dotychczas po raz pierwszy w przypadku klinicznym przez Connela. Mam tu na myśli resekcję trzonu żołądka *(fundusectomia)* części, w której jedynie i wyłącznie usadowione są gruczoły wydzielające kwas solny. Znamienne jest, że właśnie ta część żołądka kwasorodna nigdy, lub też zupełnie wyjątkowo, jest siedzibą wrzodów, natomiast część odźwiernikowa, krzywizna mała i opuszka dwunastnicy, części o zupełnie odmiennej budowie gruczołów i chemiźmie, są zwykłą siedzibą zmian patologicznych. Jakto stwierdzono niejednokrotnie zapomocą barwienia przyżyciowego, trzon to część żołądka o reakcji kwaśnej, jama odźwiernikowa, odźwiernik i opuszka to części oddziaływujące zasadowo. Część odźwiernikowa kieruje wydzielaniem z trzonu, sama jednak kwasu solnego nie wydziela. Przez resekcję trzonu można wywołać zmniejszenie wydzielania kwasu solnego w zależności od obszaru usuniętej błony śluzowej trzonu.

Na tych danych stwierdzonych doświadczalnie już przedtem, oparł się Connel zastosowując w praktyce wspomniane spostrzeżenia. Zamiast przez rozległe resekcje jamy odźwiernikowej znosić na drodze pośredniej wysoką kwasotę, bardziej praktyczne i logiczne w pewnych przypadkach jest wykonać resekcję trzonu, proporcjonalnie do jej rozległości zmniejszyć kwasotę stwarzając korzystne warunki do gojenia się wrzodu. Efekt takiej operacji wykonanej przez C o n n e l'a był zadowalający w jednym skomplikowanym przypadku klinicznym (wrzód dwunastnicy, zespolenie żołądkowo-jelitowe, następowy wrzód w miejscu zespolenia, zniesienie tegoż zespolenia, wystąpienie ponowne dolegliwości ze strony pierwotnego wrzodu dwunastnicy).

Przeciwko resekcji trzonu możnaby podnieść dwa zarzuty. Schorzałą z punktu widzenia anatomicznego jest część odźwiernikowa. Wedle teorji K o n j e t z n e g o i D u v a l'a stan zapalny tej części jest podłożem do powstania wrzodu. Fundusektomja usuwa część „zdrowa", pozostawiając część zmienioną zapalnie. Możemy jednak przyjąć, że zmniejszenie kwasoty jako następstwo resekcji trzonu powinno wpłynąć dodatnio na zmiany zapalne w części odźwiernikowej, których to zmian według najnowszych pojęć nie można uważać za pierwotne schorzenie, lecz za dalsze i wtórne następstwa pierwotnych zmian funkcjonalnych żołądka. (B e r g m a n n, *Funktionelle Pathologie).*



Rys. 1. *Rys. 2.*

Rys. 1. Schemat mechanizmu wydzielania kw. solnego w żołądku. 1. Wpływy psychiczne, powonienie, smak. 2. Działanie mechaniczne pokarmu w żołądku. 3. Hormony wydzielane z antrum. 4. Działanie mechaniczne pokarmu z jelita. Linje kreskowane (bez strzałek) oznaczają w przybliżeniu granice antrum. (Według Connel'a).

Rys. 2. Linja kreskowana oznacza linję cięcia przy resekcji trzonu żołądka.



Rys. 3.

Radjogram żołądka po skośnej resekcji trzonu.

Możnaby również wątpić w korzystny efekt tej t. zw. fundusektomji w przypadkach wrzodów przebiegających z kwasotą prawidłową, lub nawet zmniejszoną. Przypadki te niewątpliwie stwierdzone, są nader rzadkie, szczególnie przy wrzodach wczesnych, a uważać je można za wyraz t. zw. *gastritis atrophica,* a więc daleko posuniętych zmian anatomicznych, które najprawdopodobniej też nie są pierwotne. W każdym razie resekcja trzonu zapoczątkowana przez C o n n e l'a jest drogą zupełnie nową, i być może okaże się w pewnych przypadkach metodą najwłaściwszą, o skuteczności jej jednak ostateczny wyrok wydać może dopiero doświadczenie kliniczne. Wspomniany powyżej przypadek kliniczny jakoteż nieliczne zresztą obserwacje doświadczalne, odnoszące się do resekcji trzonu żołądka, skłoniły mnie do przeprowadzenia kilku badań na zwierzętach, nad wpływem pewnego typu fundusektomji na zachowanie się chemizmu żołądka i jego czynności motorycznej.

Linja resekcji przebiegała, jak to wskazuje załączony schemat, skośnie, zaczynając się tuż na lewo od wpustu do punktu na krzywiźnie dużej, stanowiącego w przybliżeniu granicę pomiędzy częścią

odźwiernikową, a trzonem. Tego rodzaju fundusektomja wydawała mi się bardziej celowa od sposobu resekcji C o n n e l'a, polegającej na wycięciu z trzonu klina, o podstawie na krzywiźnie dużej.

Jak to wynika już ze schematu, resekcja błony śluzowej może być rozleglejsza niż w resekcji klinowej, przyczem wykonanie samo jest bardziej uproszczone. Badania kwasoty żołądkowej przed i po zabiegu potwierdzały te przypuszczenia. Zmniejszenie kwasoty było znaczne, bo w dwóch przypadkach po operacji kwasu solnego wolnego wogóle nie stwierdzono, kwasota zaś ogólna spadła z 35 i 40 na 6 i 8. W dwóch innych przypadkach, gdzie resekowano mniejszy obszar, stwierdzono zmniejszenie się znaczne tak wolnego kwasu solnego jak i kwasoty ogólnej.

Pies Nr.	Kwasota przed operacją		Kwasota po operacji	
	wolny HCl	kwas. ogólna	wolny HCl	kwas. ogólna
Nr. I.	14	35	—	6
Nr. II.	12	40	—	8
Nr. III.	11	52	5	12
Nr. IV.	18	36	3	21

Bardziej jednak przekonywującem niż badanie treści żołądkowej (której kwasota waha się u psów w bardzo szerokich granicach) było przeprowadzone w jednym przypadku po operacji barwienie przyżyciowe błony śluzowej, zapomocą wstrzykniętej dożylnie czerwieni obojętnej. Barwik ten wydzielając się przez błonę śluzową żołądka barwi ją w reakcji kwaśnej na czerwono, w reakcji zasadowej na żółto. Trzon, okolica kwasorodna barwi się normalnie na czerwono, część odźwiernikowa, zasadowa na żółto.

Tą metodą stwierdzono po operacji, że jedynie wąski pas wzdłuż linji resekcji i okolica około wpustu były zabarwione na czerwono, cały zaś obszar pozostałego żołądka zabarwiony był na żółto. Po wstrzyknięciu histaminy różnica w kwasotach przed i po operacji nie była duża, co tłumaczymy sobie tem, że po tak silnym bodźcu, jakim jest histamina, nawet mała część pozostałej powierzchni kwasorodnej może wywołać silnie kwaśną reakcję środowiska. Badanie rentgenologiczne operowanych żołądków wykazało, że w zakresie trzonu przybrały one kształt rury, stanowiąc dalszy ciąg przełyku. Czynność żołądka jako zbiornika objęła w całości część odźwiernikowa, znacznie zastępczo rozdęta. Motorycznie operowane żołądki spełniały swą czynność bez zarzutu. Po godzinie papka barowa znalazła się w całości w jelitach cienkich. Żadnych zaległości w żołądkach nie stwierdzono. Jest to całkiem naturalne, skoro uwzględnimy, że cała część motoryczna żołądka *(antrum pyloricum)* oraz sploty nerwów błędnych wzdłuż krzywizny małej pozostały nietknięte. Nie naruszono ciągłości ścian żołądka, co dla sprawności motorycznej musi mieć niewątpliwie swoje znaczenie. Wymioty, które u dwóch psów po operacji trwały przez przeciąg 5 dni, odnieść należy do nagłego zmniejszenia się pojemności żołądka. Po rozszerzeniu się następowem części odźwiernikowej ustąpiły one zupełnie. Stwierdzić zatem można, że przez resekcję mniej lub więcej rozległą trzonu żołądka można w doświadczeniu zmniejszyć wydzielanie kwasu solnego, a tem samem stworzyć warunki, które staramy się uzyskać w chirurgicznem leczeniu wrzodu żołądka. Resekcja skośna opisana powyżej wydaje się odpowiedniejszą od resekcji klinowej, ze względu na uproszczenie zabiegu, a także na możliwość rozleglejszej redukcji błony śluzowej kwasorodnej. Fundusektomja jest zabiegiem, który odpowiada trzem warunkom Balfour'a. Łączy w sobie niewielkie ryzyko operacyjne, zmniejszone do minimum w resekcji skośnej, duże szanse na skuteczność, oraz wytworzenie stosunków anatomicznych, które nie będą utrudniały ewentualnych następowych zabiegów.

Mam wrażenie, że jeżeli resekcje trzonu znajdą swoje prawo obywatelstwa w leczeniu chirurgicznem wrzodu trawiennego, typ tej operacji, jak opisano powyżej, będzie najbardziej odpowiadał swemu celowi. Szczególnie w przypadkach wrzodu na zespoleniu żoładkowo-jelitowem, przy wyleczonym pierwotnym wrzodzie, skośna resekcja trzonu, jako akt uzupełniający zniesienie zespolenia, nie byłaby zbyt wielkiem skomplikowaniem zabiegu i właśnie w tych przypadkach mogłaby znaleźć swoje zastosowanie.

Być może, że także w przypadkach, gdzie mimo danych klinicznych przy operacji wrzodu stwierdzić nie można, a które stanowią najbardziej kłopotliwy problem w chirurgji żołądkowej, właśnie fundusektomja znajdzie swoje zastosowanie. Zespolenia żołądkowo-jelitowe dają jaknajgorsze wyniki szczególnie w tych przypadkach. Przy wysokiej kwasocie łatwiej się będzie można zdecydować na fundusektomję, jako zabieg stosunkowo prosty, niż na rozległą resekcję żołądka, bez widocznych zmian anatomicznych.

SPRAWOZDANIA Z KAZUISTYKI I SPOSOBÓW LECZENIA.

Dr. Michał ŻABCZYŃSKI. Warszawa.

Przyczynki do zakażeń mieszanych płonicą i durem brzusznym.

Z oddziałów Dr. Michaliny P a s c h a l i s i Dr. Jadwigi K o r z o n ó w n y szpitala św. Stanisława.

Zakażenia mieszane były znane i dokładnie drogą doświadczalną badane na zwierzętach już w końcu ubiegłego stulecia. Dzięki tym bardzo licznym badaniom ustalono, że drobnoustroje chorobotwórcze mogą bądź oddziaływać ujemnie na siebie antagonistycznie, bądź też kojarzyć się w swem działaniu: w przypadku pierwszym następuje osłabienie chorobotwórczego działania zarazków na ustrój, w przypadku drugim wpływ działań drobnoustrojów sumuje się i w ten sposób powstaje spotęgowanie oddziaływania chorobotwórczego.

Przykładem takiego antagonizmu drobnoustrojów może służyć laseczka wąglikowa i paciorkowiec róży. Jeżeli zwierzęciu zastrzyknąć najpierw paciorkowca róży, a potem laseczkę wąglika, zwierzę znosi zakażenie dobrze, kontrolne zaś zwierzę, zakażone tylko wąglikiem, ginie (E m m e r i c h, P a w ł o w s k i) (8). Przykładem skojarzonego działania drobnoustrojów może być pałeczka durowa i paciorkowiec róży; sama pałeczka durowa mało szkodzi zwierzęciu, po dodatkowem zastrzyknięciu zaś podskórnem paciorkowca róży zwierzę pada (W i n c e n t) (8).

Wspomniane fakty z dziedziny bakterjologji doświadczalnej dały możność zrozumienia licznych i wcześniej już poczynionych spostrzeżeń klinicznych, a mianowicie osobliwego wpływu pewnych zakażeń, dołączających się w przebiegu innych zakażeń, np. notowano leczniczy wpływ róży na owrzodzenia kiłowe i toczniowe, które pod wpływem zarazka róży ulegały zagojeniu i znikały, — t. zw. *erysipèle salutaire,* co spostrzegane było jeszcze w XVII w. przez Hoffmana, jak to podaje Wł. B i e g a ń s k i (9 i 10).

Inne znowu liczne obserwacje kliniczne dowodzą, że w zakażeniach ciężkich może następować zakażenie mieszane np. w durze brzusznym mogą występować sprawy ropne, wywołane przez drobnoustroje ropotwórcze, o czem podają K o r c z y ń s k i i G l u z i ń s k i (6). Dane o wzajemnem oddziaływaniu bakteryj, uzyskane w bakterjologji doświadczalnej i w spostrzeżeniach klinicznych, pobudziły badaczy do prób wyzyskania antagonizmu bakteryj dla celów leczniczych. Pierwsze jednak wyniki tych prób nie były zadawalające, że przytoczę próby bakterjoterapji Cantaniego leczenia gruźlicy wdychaniem bakteryj ropotwórczych i szczepienie róży w nowotworach złośliwych (F e l h e j s e n) (8). Dopiero w końcu ubiegłego stulecia W a g n e r von J a u r e g g (4) zebrał 181 przypadków chorób umysłowych, powikłanych chorobami zakaźnemi, przyczem w 30% okazało się zupełne wyleczenie, potem na początku b. stulecia zaczyna on stosować różnego rodzaju chorym psychicznym hodowle pałeczki ropy błękitnej i tuberkulinę, a w r. 1917 decyduje się szczepić zimnicę chorym na porażenie postępujące (7).

Leczenie to, sprawdzone przez wielu badaczów obcych i naszych na licznym materjale klinicznym: (A r t w i ń s k i (1), K o s t r z e w s k i (2), W i z e l (7)), dało niezwykle pomyślne wyniki lecznicze.

Wyniki te wzbudziły duże zainteresowanie świata lekarskiego i przyczyniły się do wprowadzenia do lecznictwa chorób umysłowych szczepień zimnicy i gorączki powrotnej jako metody leczniczej. Zwłaszcza święci wielki triumf szczepienie zimnicy w porażeniu postępującem.

Współistnienie chorób ostrych zakaźnych zwraca szczególną uwagę klinicystów celem dokładnego poznania poszczególnych cech chorobowych, powstających pod wpływem działania zakażenia mieszanego; totęż podczas wielkich epidemij z czasów ostatniej wojny światowej różni autorzy poczynili spostrzeżenia dotyczące zakażenia mieszanego durem osutkowym i gorączką powrotną (z naszych autorów Grek, Sterling-Okuniewski, z obcych Cantacuzène, Danielopolu, Zondek).

W r. 1921 — 22 A. A p a t o w a (3) w szpitalu św. Stanisława w Warszawie obserwowała 8 przypadków jednoczesnego zakażenia durem wysypkowym i gorączką powrotną, przyczem materjał ten pozwolił wysnuć pewne wnioski co do właściwości zakażenia mieszanego a mianowicie: przy jednoczesnem rozwijaniu się obydwóch chorób przebieg duru osutkowego był cięższy, przy nierównoczesnem zaś rozwijaniu się obu zakażeń przebieg chorób był lżejszy, przyczem gorączka powrotna, występująca już w przebiegu duru wysypkowego ograniczała się na jednym napadzie (3).

Innym znowu klinicystom udało się zaobserwować w czasie tychże epidemij z okresu wojny światowej, zwalniający wpływ

choroby zakaźnej (dur plamisty, gorączka powrotna) na dawne cierpienie bądź konstytucjonalne: psychoza, otępienie wczesne, bądź też przewlekłe zakażenie (kiła) (4).

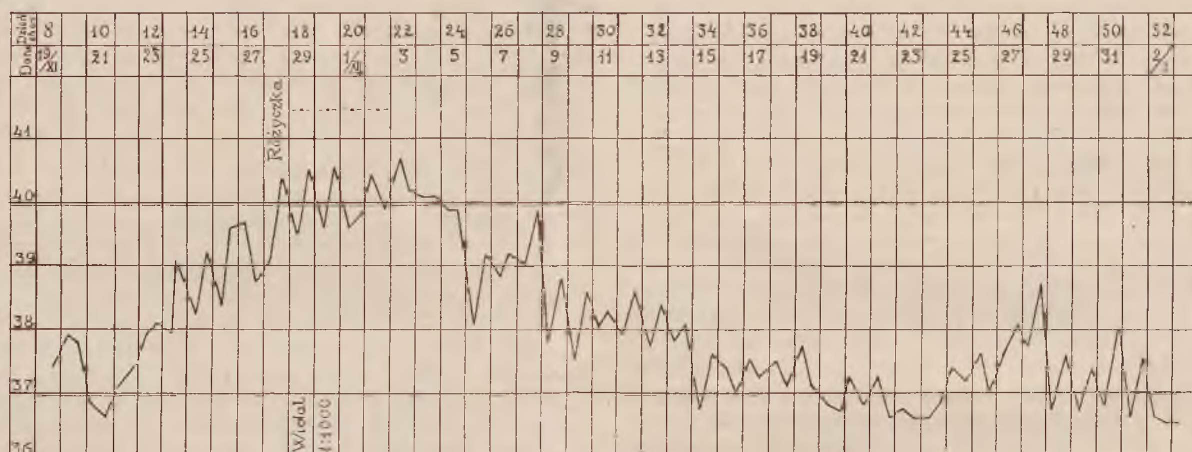
Poniżej pokrótce podaję opis 6 przypadków współistnienia płonicy i duru brzusznego, obserwowanych w szpitalu św. Stanisława w Warszawie. W piśmiennictwie polskiem znalazłem tylko jeden przypadek mieszanego zakażenia płonicy i duru brzusznego, opisany przez S. Nawrockiego (5).

I. przypadek. C. G. lat 12, córka robotnika przybyła 19. XI. 1924 r. na oddział płoniczy w 8 dniu choroby. Wywiady trudno zebrać z powodu ogólnego ciężkiego stanu i zamroczenia. Badaniem stwierdzono: budowa prawidłowa, wątła. Odżywienie słabe. Na skórze bardzo obfita drobnogrudkowata i drobnoplamista wysypka jasno czerwonej barwy, znikająca pod uciskiem. Język wilgotny, bez nalotu, czerwony. Gardło zaczerwienione, zlekka obrzmiałe, bez nalotów. Gruczoły podżuchwowe trochę obrzmiałe. Tętno słabo wypełnione, miarowe 100 na 1'. Ciepłota 37,4° (wieczorem), nazajutrz 37,9° — 37,8°. W narządach wewnętrznych wyraźnych uchyleń od normy nie znaleziono, stan ogólny dość ciężki.

Pamiętając, że według danych epidemjologicznych okres wylęgania duru brzusznego może trwać od 7 do 21 dni, w przypadku powyższym początek okresu wylęgania należy odnieść albo do początku płonicy, albo do czasu nawet poprzedzającego wystąpienie pierwszych objawów płonicy. Jakichkolwiek powikłań ropnych, dość częstych wogóle w płonicy, nie spostrzegano w tym przypadku mieszanego zakażenia płonicy i duru brzusznego; nie wystąpiło również zapalenie nerek.

II. Przypadek. Dziecko Z. B. lat $2^1/_2$, córka robotnika przybyła dnia 9 lutego 1926 r. w 3 dniu choroby z rozpoznaniem płonicy.

Budowa prawidłowa, odżywienie dobre: na tułowiu rozsiana drobnoplamista wysypka płonicza. W gardle zaczerwienienie z miernym obrzękiem śluzówki, bez nalotów. W narządach klatki piersiowej i jamy brzusznej zmian nie znaleziono. Tętno miarowe 156 na 1'. Stan ogólny dobry, ciepłota 37,6°—39,6°. W dniach następnych ciepłota utrzymuje się powyżej 39°, a nawet 7 dnia sięga do 40° z wahaniami o 1°—1,5°, tętno 140—160 na 1'; tony serca głuche, innych zmian w narządach wewnętrznych nie stwierdza się. W 9 dniu choroby występuje stan odurzenia; pojawia się bie-



KRZYWA Nº 1

W dniach następnych chora nieco się poprawia i samopoczucie jej staje się lepsze: łuszczenie skóry pojawia się 10 dnia choroby i trwa do 38 dnia.

11 dnia choroby (22. XI.) ciepłota uwidoczniona na dołączonej krzywej Nr. 1. po jednodniowej przerwie bezgorączkowej, podnosi się powoli, dosięgając już 7 dnia 39,2° — 40,4°; na tej mniejwięcej wysokości trzyma się przez 8 dni, poczem zaznacza sie spadek do 38° rano, ale wieczorem podskok do 39°, przez 2 dni następne ciepłota waha się w granicach 38,8°, 39,2°, 39,8°; od tego czasu wykazuje tendencję do powolnego spadania, przez 6 dni utrzymując się powyżej 38°, a przez następne 5 dni powyżej 37°. Po 5 dniach częściowo bezgorączkowych, częściowo z niewielkim stanem podgorączkowym następuje nawrót gorączki 8 dniowy o cechach powolnego jej narastania aż do 38,7° (na 4 dzień) i gorączki, nie przekraczającej 38° w ciągu 4 dni następnych. Odtąd stan bezgorączkowy. Tętno miarowe, umiarkowanie wypełnione, 120 i nieco więcej na 1' aż do 8. XII., odkąd równolegle z wygasaniem gorączki zaznacza się zmniejszenie liczby tętna do 110 — 100 przy wypełnieniu dobrem.

Pojedyńcze różyczki na brzuchu i na plecach od 28. XI. utrzymywały się przez 5 dni. Tegoż dnia posiew krwi jałowy, odczyn zaś Widala 1 : 1000. Powiększenie śledziony zanotowano 9. XII. górna granica ponad 9 ż. u dołu na 1 cm poniżej łuku żebrowego.

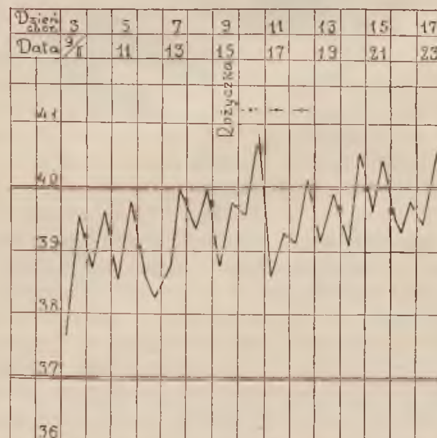
Język bez nalotu, wszakże podsychał w okresie *acme* gorączki, stolce płynne 1 — 2 — 3 razy na dobę. Brzuch był umiarkowanie wzdęty, wrażliwy na ucisk w prawym dole biodrowym. W moczu, prócz śladów białka, innych zmian nie znaleziono. W okresie podgorączkowym objawy nieżytu oskrzeli. Naogół samopoczucie było niezłe.

Chora wypisała się w 12 tygodniu od początku płonicy. W przeddzień wykonane badanie moczu i kału pałeczek durowych nie wykryło.

W przypadku powyższym w 17 dniu lekko przebiegającej płonicy w chwili wygaśnięcia jej objawów ujawnił się dur brzuszny z właściwemi dla niego oznakami chorobowemi, jako to: znamienną ciepłotą, różyczką, obrzmieniem śledziony, biegunką po parę razy dziennie, wreszcie wysokim odczynem zlepnym Widala 1 : 1000. Przebieg duru brzusznego bez powikłań, z nawrotem 8 dniowym trwał 40 dni. Objawy duru brzusznego nie odznaczały się znaczniejszem nasileniem, prócz gorączki o dużem natężeniu. Przypadek ten duru brzusznego ze względu na przebieg należy uznać jako średnio-ciężki.

gunka 6 razy na dobę, brzuch staje się wzdęty; Widal 1 : 250; na powłokach skórnych pokazuje się różyczka i trwa przez 4 dni.

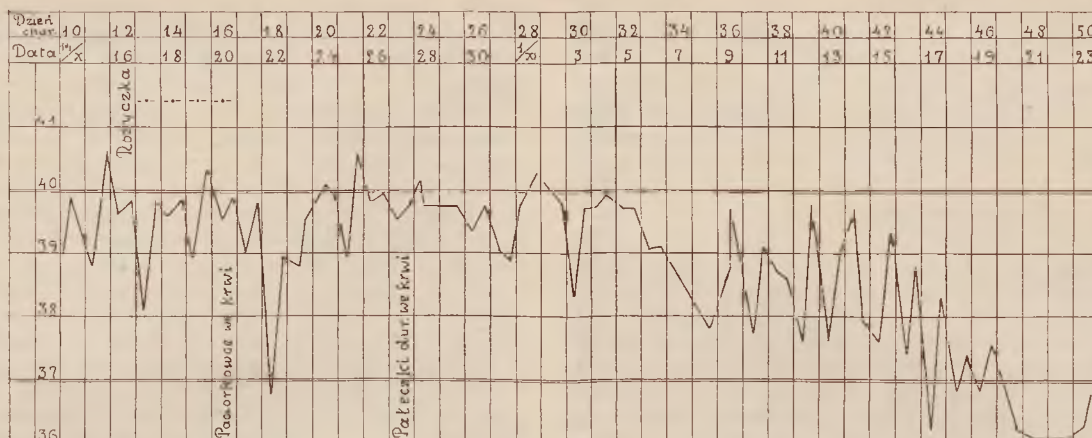
Z początkiem 3 tygodnia pojawia się ropotok z uszu obustronny, w płucach objawy rozsianego nieżytu oskrzeli. Ogólne wyczerpanie ustroju coraz większe. Zejście śmiertelne dnia 23 lutego w 17 dniu choroby. Badanie pośmiertne dokonane 24 lutego, przez kolegę Tadeusza Bartoszka, wykazało: *Ulcera typhosa ilei et coeci (typhus abdomin. st. III). Bronchopneumonia inferior sinistra. Intumescentia glandularum lymphaticarum colli, peribronchialium, mesenterii et retroperitonealium. Degeneratio parenchymatosa cordis, hepatis et renum. Tumor lienis acutus.*



Krzywa Nº 2

W przypadku tym z obrazu klinicznego i badania pośmiertnego widać, że dur brzuszny rozpoczął się równocześnie z płonicą, ale dopiero 9 dnia, gdy pierwotne objawy płonicy już ustąpiły, udało się rozpoznać dur brzuszny na zasadzie charakterystycznego zespołu objawów: różyczka, wypróżnienia płynne, wzdęcia brzucha, Widal 1 : 250.

Połączenie w tym przypadku u dziecka 2-letniego obu zakażeń dało przebieg ciężki i zejście śmiertelne; z powikłań w obrazie klinicznym wystąpiło zapalenie ropne obu uszu środkowych,



Krzywa № 3

badanie zaś pośmiertne wykryło nieżytowe zapalenie płuc, zmiany miąższowe w narządach wewnętrznych i owrzodzenia durowe w kiszkach.

III. przyp. C. B. córka ślusarza, lat 17, przybyła na oddział płoniczy dnia 14 października 1926 r. w 10 dniu choroby. Wywiadów podać nie może z powodu ogólnego osłabienia i braku pamięci, przytomna. Budowa prawidłowa, odżywienie mierne, powłoki skórne blade, suche; w dołku podsercowym i na bocznej powierzchni klatki piersiowej ślady drobnoplamistej wysypki płoniczej; gardło zmian nie wykazuje; język malinowy, wilgotny; tętno dobrze napełnione, miarowe, 120 na 1'.

W płucach, sercu i narządach jamy brzusznej zmian nie stwierdza się. Ciepłota 38,9°—39,9°. Stan ogólny względnie dobry. Dnia 15 października t. 38,9°—40,6°, silne osłabienie trwa, z trudem odpowiada. Brzuch niewzdęty; tętno 112 na 1'.

Dnia 16 października t. 39,7°—39,9°, samopoczucie dobre, odpowiada chętnie. Język malinowy, podsychający, przy wysuwaniu drży. Tętno dwubitne, 116 na 1'. Brzuch miernie wzdęty, w prawym dole biodrowym przelewanie; na plecach widać kilka wykwitów grudkowatych, znikających przy ucisku (różyczka). Widal ujemny, posiew krwi wykazał paciorkowca hemolitycznego.

W dniach następnych ciepłota utrzymuje się powyżej 39°, stan ogólny bez zmian większych (senność, czasem dreszcze, poty): stolec płynny 3 razy na dobę; różyczka nieobfita trwa 5 dni. W dalszym przebiegu, większych zmian w stanie chorej nie było, przeważnie lekkie zamroczenie, ciepłota stale powyżej 39°. Brzuch wzdęty, niebolesny; śledziona nie powiększała się przez cały czas choroby; biegunka jednakowa 3 razy na dobę. Dnia 27 października odczyn Widala badany powtórnie dał 1 : 50, posiew zaś krwi po 48 godzinach wykazał pałeczki Ebertha.

Dnia 7 listopada w 34 dniu choroby ciepłota dopiero zaczyna się powolnie obniżać z wahaniami od 1° do 2° (patrz krzywa Nr. 3), od 20 listopada stan bezgorączkowy i dnia 4 grudnia chora wypisuje się zdrowa w 61 dniu od początku płonicy. Badanie kału i moczu (na nosicielstwo), pałeczek Ebertha nie wykazało.

Otóż w przypadku tym mieliśmy skojarzenie płonicy i duru brzusznego, rozpoznanego objawowo i bakterjologicznie (Widal zaś zaledwie był 1 : 50). Rozpoznanie duru brzusznego ustalono dopiero na 12 dzień od początku płonicy już w okresie różyczkowym duru; rzecz jasna, okres przedróżyczkowy duru brzusznego przypadł jednocześnie z płonicą, z jej pierwszym okresem. Przebieg płonicy, mimo jej posocznicowego charakteru (obecność we krwi paciorkowca hemolitycznego) nie był ciężki, również i dur brzuszny, choć trwał około 2 miesięcy, nie był ciężki i nie miał powikłań. (Dok. nast.).

SPRAWOZDANIA POGLĄDOWE.

Dr. Alfred KAMSLER. Zakopane.

Jak ustosunkować się do zachowawczych metod leczniczych w gruźlicy płuc.

Dokończenie.

Leczenie tuberkuliną.

Tuberkulinę wprowadził do lecznictwa R. Koch w r. 1890. Leczenie tuberkuliną można nazwać swoistem leczeniem drażniącem. Wzmacnia ono czynniki obronne organizmu i wywołuje w okolicy ogniska odczyn ogniskowy. Przypadki nadające się do leczenia należy starannie wyszukać, a samo leczenie indywidualnie przeprowadzić.

Każdy organizm reaguje na tuberkulinę inaczej, a zdolność reakcji zależy od stadjum, w jakiem się znajduje sprawa chorobowa. Do leczenia nadają się szczególnie przypadki wytwórcze bez skłonności rozpadowych, gruźlica gruczołów wnękowych, zapalenie błon surowiczych, przypadki odmy powikłanej wysiękiem, gruźlica oczu i nerek.

Przeciwwskazaniem będą wysiękowe gorączkowe postacie, wczesne nacieki, cukrzyca, choroba Basedowa i niewyrównane wady serca.

Według Neumanna wskazania są jeszcze częstsze, a mianowicie: 1) gruźlica wrzodziejąco-włóknista i gruźlica pory pokwitania, 2) wysiękowe zapalenie opłucnej i otrzewnej, 3) zap. płuc i opłucnej tudzież zap. płuc gruźlicze nieserowate, 4) wysięki poodmowe, 5) mnogie zapalenie błon surowiczych *(Polyserositis)*, 6) gościec gruźliczy, 7) zapalenie jagodówki *(Uveitis)* i zapalenie twardówki *(Scleritis)*.

W czasie leczenia należy stale kontrolować ciepłotę, wagę ciała, często osłuchiwać i prześwietlać.

Rozróżniamy trzy metody lecznicze, mianowicie: skórną, podskórną i śródskórną. Metoda skórna (Spengler, Petruszki) nie nadaje się, naszem zdaniem, do leczenia z tego powodu, iż dawkowanie nie jest dokładne.

Podskórne zastrzyki stosuje się w leczeniu anergezującem czyli zmniejszającem przewrażliwość na jad gruźliczy. W szybkiem tempie osiąga się tutaj wielkie dawki, które są w stanie wywołać lekkie odczyny ogniskowe i ogólne. Odczyny te mają zwiększyć odporność i spowodować odtrucie organizmu. Podniesienie ciepłoty ciała nie powinno przekraczać 1°. Początkowe dawki są nieznaczne, a pod koniec leczenia stosuje się 1—2 g tuberkuliny. Rozumie się, że do takiego czynnego leczenia nadają się jedynie przypadki lekkie, jak gruźlica gruczołów chłonnych, gruźlica drobno-guzkowa włóknista, powtarzające się suche zapalenie opłucnej, zapalenie osierdzia i otrzewnej. Śródskórna metoda nadaje się szczególnie do leczenia alergicznego, które ma pobudzić skórę do wytwarzania ciał obronnych. Polega ona na tem, że rozpoczyna się od najmniejszych dawek i unika wszelkich odczynów zarówno ogólnych jak i ogniskowych. Metodę tę podał i rozpowszechnił Sahli. Najodpowiedniejszą dla celów tej metody jest stara tuberkulina Kocha lub tuberkulina Beraneka. Przyrządza się szereg roztworów aż do 1:1,000,000 i wstrzykuje w odstępach 3—4 dni 0.1 cm³ najsłabszego roztworu śródskórnie względnie jeszcze lepiej podnabłonkowo. Powstaje w ten sposób mały pęcherzyk, który po kilku godzinach znika. Po 24 godzinach odczytujemy na skórze ewentualny odczyn. W dodatnim wypadku musi powstałe zaczerwienienie w miejscu zastrzyku mieć conajmniej 1 cm średnicy. Po stwierdzeniu takiego odczynu stosuje się dany roztwór tak długo, aż oddziaływanie na jad nie zmniejszy się. Gdy to nastąpi, stosuje się zkolei silniejszy roztwór i t. d.

Dla metody tej nadają się także cięższe formy gruźlicy z wyjątkiem chorych silnie gorączkujących i gruźlicy prosówkowej. Metoda ta jest bardzo ostrożna, to też można ją prawie bez obawy stosować. Leczenie trwa kilka miesięcy, potem robi się przerwę 2—3 miesięczną, by w razie potrzeby powtórzyć kurację.

Wyniki leczenia tuberkuliną są bardzo dobre przy stosownym wyborze przypadków i ostrożnem dawkowaniu.

Amrein podaje następujące cyfry: 65% trwałych skutków leczenia, mianowicie 45.5% w pierwszem stadjum, 12% w drugiem, 7.5% w trzeciem. Schilling donosi o 120 przypadkach ambulatoryjnie leczonych. W pierwszem stadjum 2/3 uległo poprawie,

w drugiem stadjum 1/4, a w trzeciem stadjum nie mógł stwierdzić żadnej poprawy.

W ostatnim czasie różni autorzy zalecają na nowo zapomniane leczenie tuberkuliną. (C e v e y, K u s s, P o i n d e c k e r, W o l f f-E i s n e r, Z i n n i K a t z).

Obok soli złota i śledziony zasługuje tuberkulina istotnie na szersze zastosowanie jako bardzo korzystnie działający lek pomocniczy.

Chemoterapja.

Leczenie *wapniem* opiera się na hipotezie, że w przebiegu gruźlicy płuc organizm ubożeje w sole mineralne i wapniowe, a sztucznie doprowadzone sole wapnia osiadają w ogniskach chorobowych i powodują w ten sposób ich leczenie. Hipoteza ta jednak nie jest jeszcze potwierdzona, gdyż chemiczne analizy przemawiają raczej przeciwko odwapnieniu. Badania krwi wykonane w serjach wykazują identyczne wartości wapnia u chorych jak i u zdrowych osób (L a b b é). Poziom wapnia jest nieznacznie obniżony jedynie pod koniec życia. Silny ubytek wapnia u chorych na gruźlicę można stwierdzić ponadto wtedy, gdy chorzy cierpią na silne wymioty, biegunki i poty.

Wskazaniem dla sztucznego doprowadzenia wapnia do organizmu są stany napadowe np. dychawica oskrzelowa, tężyczka, obrzęk płuc, wypryski i schorzenia alergiczne. U chorych na gruźlicę stosowanie wapnia nie jest w każdym wypadku pożądane względnie konieczne. Najważniejszem wskazaniem są krwotoki płucne, ponieważ wapń działa przyśpieszająco na krzepnięcie. Chorzy ze skłonnością do krwotoków powinni go zażywać przez dłuższy czas w większych dawkach. Działanie wapnia wygasa po około 4 godzinach (L ö w e n s t e i n i P o l l i z e r) i dlatego należy go doprowadzać podczas krwotoków często np. co 2—3 godziny. Dalszem skazaniem stosowania wapnia w gruźlicy są wysiękowe zapalenie opłucnej i odma piersiowa powikłane wysiękiem. W ostatnim wypadku równocześnie z doprowadzeniem wapnia ogranicza się dowóz soli kuchennej, wskutek czego osiąga się znaczną diurezę (do 3 litrów dziennie). Również przy adenopatji z podwyższoną ciepłotą ciała stosuje się wapń z dobrym skutkiem. Poza tem systematyczne leczenie gruźlicy płuc wapniem nie ma, przynajmniej naszem zdaniem, większego znaczenia.

Najlepszą postacią, w której wapń można doprowadzić, jest odpowiednie pożywienie (mleko, ser, jarzyny). Ze wszystkich połączeń wapnia, stosowanych doustnie, nadaje się najlepiej *calcium chloratum* i *calcium gluconatum* „Sandoz“ wzgl. „Klawe“ lub *Glukalcin* Karpińskiego. Ze względu na dobry smak tych ostatnich preparatów i, co za tem idzie, możność dłuższego stosowania, należy mu dać pierwszeństwo. Wszelkie inne połączenia wapnia nie są odpowiednie. Według L a n g s t e i n a np. musimy doprowadzić 4—5 razy więcej *calcium phosphoricum* względnie *lacticum* od *calcium chloratum,* ażeby uzyskać identyczny skutek. Nieraz jest on nawet mimo wielkich dawek nie do osiągnięcia. Dlatego zaleca L a n g s t e i n stosowanie soli wapniowej kwasu maleinowego, z której należy zażyć jedynie $1^1/_2$ razy więcej aniżeli *calcium chloratum.* Ten sam stosunek zachodzi mniej więcej między *calc. chl.* a *calcium gluconat.*

W nagłych wypadkach (obrzęki, krwotoki i t. d.) stosujemy dożylne zastrzyki wapnia. Dotychczas stosowano naogół *calcium chloratum.* Ma ono jednak strony bardzo ujemne, a przedewszystkiem tę, że wstrzyknięte obok żyły wywołuje bardzo ciężkie martwice i nieraz porażenia stosownie do przebiegu nerwów *cutaneus antibrachii med.* i *lat.* Martwice te są nieraz bardzo ciężkie, leczą się bardzo trudno i pozostawiają po sobie rozległe blizny.

Preparat „Sandoza“ można stosować nietylko dożylnie, lecz także domięśniowo. Nadaje się on zatem do użytku także u tych chorych, którzy nie mają dobrych żył. Jeśli się nadto zważy, że działanie jego jest prawie że równoznaczne z działaniem chlorku wapniowego, to powinno się je w razie zalecenia zastrzyków mięśniowych lub dożylnych wyłącznie stosować.

Leczenie *kwasem krzemowym* jest jeszcze dość problematyczne, gdyż o przemianie kwasu krzemowego jak i o jego działaniu nie mamy dotychczas dostatecznych doświadczeń.

Podobnie i wynik terapji *siarkowej* w dychawicy i gruźlicy jest dość niepewny.

Związki arsenowe nie mają żadnego wpływu na przebieg gruźlicy. Stosuje się je w przypadkach silnej anemji i w kombinacji gruźlicy z kiłą (neosalwarsan).

Niektórzy autorzy (C a n t o n i, B o u d r e a u, J o v a n o v i t s c h, L. B e r n a r d wedł. B o n n a m o u r i D e l o r e i in.) polecają *terapję jodową.* Nadaje się ona w przypadkach umiejscowionych w postaci włóknistej z rozedmą płuc i nieżytem oskrzeli, w przypadkach zapalenia opłucnej i przy powikłaniach gruźlicy kiłą. Przeciwwskazaniem do leczenia będą przypadki serowato-zapalne, wzmożona czynność gruczołu tarczykowego względnie choroba Basedowa. Stosuje się ją w postaci śródżylnych i podskórnych zastrzyków lub doustnie zwłaszcza u dzieci w postaci mleka z jodem (1—5 kropel *t. jodi* na szklankę mleka, stopniując do 10 kropel dziennie).

Doświadczenie uczy, że robotnicy pracujący w przemyśle miedzianym rzadko zapadają na gruźlicę. To też L u t o n zaproponował w r. 1894 leczenie gruźlicy *solami miedzi.* W doświadczeniach laboratoryjnych leczenie to wydaje się działać korzystnie na przebieg gruźlicy. Zwierzęta leczone w ten sposób żyją kilka miesięcy dłużej, aniżeli inne, przyczem znajdujemy u nich jedynie włókniste postacie gruźlicy. Z preparatów stosowanych u ludzi największe znaczenie przypisać należy preparatowi *Cuprocian* (S e r e n o, ostatnio S t e p h a n i). Można nim jednak leczyć jedynie najlżejsze przypadki. Na skutek silnego działania trującego soli miedziowych nie można naogół tego sposobu leczenia zalecać.

Robert K o c h w r. 1890 wskazał na to, że *cyjanek złota* zabija *in vitro* prątki gruźlicze. Nową i zdecydowaną pobudkę uzyskał jednak ten sposób leczenia dopiero w r. 1917, kiedy to Adolf F e l d t doniósł o dodatnich wynikach leczenia kryzolganem, a w r. 1924 M o e l l g a a r d o leczeniu sanokryzyna.

Jesteśmy obecnie w posiadaniu większej ilości preparatów złota, z których najważniejsze są: *aurophos* o zawartości 25% złota, *krysolgan* z 50%, *lopion* z 39.25%, *sanokryzyna* 38%, *solganal* z 36%, preparaty francuskie *thiosulfat* i *allochrysine* z 35%, *triphal* z 48% złota i polski preparat *aurosan.*

Co do sposobu działania soli złota są jeszcze zdania podzielone. Jedni twierdzą, że sole złota posiadają bezpośrednią i swoistą działalność na ogniska chorobowe, drudzy zaprzeczają temu, uważając leczenie preparatami złota jako typową terapję podrażniającą. Przez wzgląd na różnoraką zawartość złota w poszczególnych preparatach, jak również na wyniki przy stosowaniu wszystkich wspomnianych środków, musimy uznać terapję złota raczej jako nieswoistą podrażniającą. Nie ulega jednak żadnej wątpliwości, że leczenie preparatami złota posiada mniej lub więcej wybitny wpływ na przebieg gruźlicy i wielu wybitnych ftizjologów wypowiada się korzystnie o tem leczeniu.

Wyniki leczenia preparatami złota zależą w znacznej mierze od stosowanej techniki. Okazało się, że przy odpowiedniem dawkowaniu leczenie jest nieszkodliwe. Stosuje się małe względnie bardzo małe dawki i zastrzykuje tylko raz w tygodniu. *Tryphal* rozpoczynamy dawką 0.001, *solganal* 0,01, *aurosan* 0,025 i podwyższamy tygodniowo dawkę podwójnie lub o połowę poprzedzającej. Bardzo ważną jest kontrola odczynu ogniskowego 24 godzin po zabiegu. Często znajdujemy wzmożenie rzężeń, które po kilku dniach zupełnie znikają. Sole złota wywołują prawdopodobnie miejscowy odczyn z przekrwieniem dokołaogniskowem. Podczas leczenia dążymy do wywoływania drobnych reakcyj, które nie powinny jednak przekraczać pewnej granicy. Zbytecznem jest podkreślać, iż częste kontrole osłuchowe są głównym warunkiem leczenia *(primum non nocere).*

Co się tyczy wskazań, nie mamy dotychczas ścisłych wytycznych. Jedni zalecają stosowanie soli złota w przypadkach wysiękowych, drudzy w przypadkach wytwórczych, zdaje się jednak, że wybór przypadku według charakteru choroby jest bez znaczenia. Do leczenia solami złota nadają się bowiem bez wyjątku wszystkie przypadki obustronnej gruźlicy, w których niemożliwem jest zastosowanie odmy lub innego zabiegu chirurgicznego. Wtedy, kiedy zachodzi możliwość obustronnej odmy, winno się wpierw zastosować leczenie złotem, by w ten sposób wyczerpać wszelkie możliwości lecznicze. W przypadkach odmy piersiowej, gdy drugie płuco jest zaatakowane, można uzyskać złotem dobre wyniki i często zapobiec obustronnej odmie. Także w przypadkach obustronnej odmy piersiowej nie wolno zapomnieć o korzystnym wpływie leczenia preparatami złota na stan chorobowy (B e r n a r d, L a b e s s i J. Ch. M a r i e i in.).

Trudno oznaczyć, jak długo w poszczególnym przypadku musi trwać leczenie solami złota. Przy zaleconej powyżej technice nie będzie ono krótszem od 5—6 miesięcy. Powikłań w czasie leczenia nie należy się obawiać, jednak z tem zastrzeżeniem, że stosowane dawki nie są zbyt wysokie, a podczas leczenia przeprowadza się częste kontrolne badania. Z obawy przed powikłaniami ze strony nerek należy badać mocz na obecność białka i wałeczków przed każdym zastrzykiem. Wybitnem przeciwwskazaniem jest gruźlica jelit i silny nieżyt jelit, białkomocz z obecnością wałeczków i cukrzyca. Wszelkim dolegliwościom jelitowym należy poświęcać baczną uwagę.

Wyniki leczenia solami złota są stanowczo korzystne. D e i s t i B u r m e i s t e r donoszą np. o 25% wyzdrowień względnie przywrócenia zdolności do pracy. C a p u a n i donosi o 30% wybitnej poprawy, 47% poprawy, a 27% bez wpływu na stan chorobowy, a tylko o 3% pogorszenia i t. d.

W większości przypadków ciepłota daje się obniżyć, ilość plwociny zmniejsza się, aczkolwiek zniknięcie prątków obserwujemy jedynie w wyjątkowych wypadkach. Rzężenia znikają względnie przybierają dobrotliwy charakter. W obrazie rentgenologicznym można często zauważyć przejście ognisk wysiękowych w wytwórcze. Szczególnie pomyślne wyniki daje leczenie solami złota w przypadkach gruźlicy krtani. Wybitnej poprawie ulegają formy wrzodziejące i obrzękłe.

Trwałe wyniki są zmienne i zależą od odporności organizmu. Często można zauważyć, że podczas leczenia odporność organizmu znacznie się wzmacnia, lecz stan ten nie trwa długo i po ukończonem leczeniu odporność się znowu zmniejsza. Drugie leczenie nie daje już tak dobrych wyników, jak pierwsze.

Ostatnio kombinuje się leczenie solami złota z dietą śledzionową. Wyniki takiego leczenia są jeszcze lepsze, niż stosowanie samej diety śledzionowej, względnie samego leczenia solami złota (Kamsler). Szczególnie dobre i trwałe wyniki można zauważyć przy obustronnych procesach wysiękowych bez większych jam.

Wszystkie wspomniane tutaj środki lecznicze mają zarówno swoich przeciwników jak i zwolenników. Przeciwnicy, przeważnie sceptycy, żądają, by środek był bezwzględnie pewny w swem działaniu i dawał dobre wyniki u wszystkich chorych o najrozmaitszych postaciach i objawach chorobowych. Stanowisko to jest jednak niesłuszne, gdyż od środka leczniczego nie powinno się więcej żądać, aniżeli on dać może. Należy przystosować go jedynie do pewnych postaci chorobowych, a odpowiedni dobór chorych celem leczenia ich tym lub owym środkiem jest rozstrzygający.

Spór o swoistość środka przy dzisiejszym stanie naszych pojęć o wartości leczniczej jakiegoś środka jest dość problematyczny. „Nie teoretyczne rozważania, lecz tylko wyniki leczenia rozstrzygają w tych praktycznie leczniczych zagadnieniach" (Kretschmer).

HISTORJA I FILOZOFJA MEDYCYNY.

Dr. J. MARZECKI. Warszawa.

Dobrze czy źle.

W odpowiedzi na krytykę pracy: Homo normalis w ujęciu mikrofizycznem [1]).

Współczesne nauki przyrodnicze, a między niemi medycyna i fizyka, w ciągu ostatnich lat kilkunastu poczyniły ogromne postępy. Rozwój tych nauk nosi obecnie szczególny charakter, albowiem pewne odłamy danej wiedzy rozwinęły się bardziej, inne — mniej. W miarę dalszego rozwoju poszczególnych zagadnień medycyny czy też fizyki, coraz bardziej rozluźnia się całość, a tem samem wprowadza się brak koordynacji i łączności pomiędzy wieloma gałęziami danej nauki. O ile więcej zdobyczy osiągnie ta lub inna nauka, o tyle więcej powstaje w niej nowych zagadnień, które należy rozwiązać, aby połączyć, możliwie wszystko, w jedną całość. Z powyżej wyłuszczonych powodów medykowi wydać się może, że współczesna fizyka znajduje się w stanie pewnego chaosu, że fizyka przeżywa okres przebudowy pojęć, a zatem tworzy nowe podwaliny swej nauki. Nie ulega wątpliwości, że to samo może myśleć fizyk o medycynie, pomimo to że medycyna ma mniej rewelacyjnych zdobyczy, aczkolwiek zdobycze te są pierwszorzędnej wagi i w wielu przypadkach poruszają zagadnienia praktyczniejsze dla życia człowieka niż stworzenie tej lub innej nowej teorji w fizyce.

Obserwator stojący na uboczu, a interesujący się rozwojem nauk przyrodniczych, może sobie wyobrazić porównawczo, że ludzie zdecydowali wybudować kolej dookoła układu słonecznego: w tym celu budują wagony, lokomotywy i gromadzą cały niezbędny dla tej przyszłej kolei materjał. Nim jednak kolej zostanie ukończoną, korzystają z lokomotyw i wagonów na zwykłych kolejach ziemskich. Tenże sam obserwator widzi, że wśród ludzi wytworzyły się dwa obozy, z których jedni twierdzą, że nim kolej dookoła układu słonecznego będzie skończoną, należy teraz już wykorzystać posiadane wagony, inni zaś pragną skorzystać z budującej się kolei wówczas, gdy zostanie ukończoną, a zbudowanych wagonów narazie nie chcą ruszać i nie korzystać z nich, jedynie tylko gromadzić.

Podobne dwa kierunki wyłaniają się w poglądach na stosunek medycyny do zdobyczy dzisiejszej fizyki. Powstaje zagadnienie, czy trzeba, aby dzisiejszy lekarz poznał to, co fizycy zdobyli i czy uświadomienie takie może dać korzyść lub zaszkodzić medycynie? Naturalnie jest tu mowa o tych zdobyczach fizyki, które mogą poszerzyć poglądy lekarza na stosunek ustroju człowieka do otaczającego go świata i odwrotnie, w tych jednak granicach, które zostały przez fizykę zdobyte i stwierdzone, pomimo to że medycyna dziś jeszcze nie wszędzie rozpoczęła swej penetracji w tej dziedzinie. Mówimy „nie wszędzie", gdyż np. szkoła francuska, szczególnie biologja, poczyniły duży krok naprzód w tym kierunku, szkoła angielska również. Powracając do treści sprawy, stwierdzamy istnienie dwóch kierunków, z których jeden winien być bardziej racjonalnym, lecz który?

Zwracamy się tu do zdobyczy fizyki. Czy poznanie teorji atomistycznej, w jej najogólniejszych zarysach, potrzebne jest lekarzowi, czy też nie?

Teorja atomistyczna znakomicie wyświetla nam m. i. teorję jonów. O jonach wiemy, że istnieją, wiemy, że odgrywają pierwszorzędną rolę w nastrojeniu lub przestrojeniu ustroju. Stany zakwaszenia, zobojętnienia lub zalkalizowania ustroju zależą od czynników wpływających na pH krwi i układu humoralnego.

Chemja fizjologiczna, fizjologja, toksykologja, wreszcie cała klinika z diagnostyką i lecznictwem, w dużej mierze opierają się na odczynie ustrojowym i dziś dysponują obszernym arsenałem leków regulujących ten lub inny stan patologiczny, wypływający z odchyleń pH w ustroju. Jeżeli lekarz dowie się, w jaki sposób zbudowany jest jon, jakie zmiany powstają w atomie podczas tworzenia się jonu dodatniego lub ujemnego, jaki ładunek może w danym atomie powstać, zależność tych zjawisk od warunków fizycznych, to tylko poszerzy światopogląd lekarza, to pogłębi pojęcie jego o mikrofizyce ustroju, która to nauka dziś już jest integralną częścią medycyny. Należy więc przypuszczać, że teorja atomistyczna, jako zdobycz współczesnej fizyki, pomimo istniejących w niej kilku zagadnień niewyjaśnionych, jest dla medycyny konieczną.

W równej mierze dotyczy to i teorji o zdolnościach jonizacyjnych promieni kosmicznych i ciał radjoczynnych. O tych sprawach możemy mówić również poważnie, gdyż nietylko znamy własności fizyczne promieni kosmicznych, ale wszelkie ich pomiary, szybkość, długość, natężenie i t. p., które zostały obszernie przez fizykę zbadane doświadczalnie. Nic to nie znaczy, że nie znamy pochodzenia promieni kosmicznych, lecz poznaliśmy zato zachowanie się ich w warunkach ziemskich. Należy się więc liczyć z ich działaniem na ustrój, który podlega sumie wpływów wszelkich zjawisk w przyrodzie. Skoro znamy stany energetyczne atomu, skoro znamy prawo jonizacji, skoro dysponujemy całym szeregiem przyrządów dokładnie mierzących i odtwarzających nawet dźwiękowo, bieg cząsteczki alfa, zachowanie się szeregu ciał w przestrzeniach międzybiegunowych w polu elektrycznem, natężenie i ładunek powstały pod wpływem promieni kosmicznych, dla których najgrubsze zbadane warstwy ołowiu lub wody nie stanowią przeszkody, to znając własności fizyczne tych promieni czy cząsteczek, możemy budować ogólne tezy o znaczeniu tych zjawisk dla ustroju i roli ich w nim.

Odłam fizyki omawiający sprawę jonów lub zdolności jonizacyjnych tych czy innych promieni, w odniesieniu do medycyny bynajmniej nie opiera się na wywodach dedukcyjnych, lecz na eksperymencie. Wielki błąd popełniają ci, którzy twierdzą, że dzisiejsza fizyka gruntownie przebudowuje swe podstawy, że nauki Euklidesa i Newtona zostały obalone. W rzeczywistości tak nie jest. Fizyka dzisiejsza nie przebudowuje swych podstaw, a potężnie rozwija się, — idzie naprzód. Prawo Newtona jak i nauka euklidesowa również nadal obowiązują; że zostały ograniczone do naszego układu słonecznego, lub każdego zosobna istniejących układów w kosmosie, to nie ma wpływu na przebudowę podstaw starej fizyki, obowiązującej nadal w naszym układzie. Prawo Newtona jedynie nie obowiązuje kosmosu jako całości, jak również geometrja euklidesowa nie obejmuje kosmosu jako całości. Gdy podejdziemy krytycznie do poszczególnych zdobyczy w fizyce, a przez nią przyjętych, to każda z tych zdobyczy nie narusza podstaw starej fizyki, lecz pogłębia je i każdą taką zdobycz, o ile może ona mieć znaczenie w medycynie, możemy z pełnym spokojem badać i studjować z naszego lekarskiego punktu widzenia. W dzisiejszej medycynie również obserwujemy podobne zjawisko. Weźmy kilka przykładów: sprawy hormonalne i mechanikę funkcjonalną czerwonych ciałek krwi. Ileż w tym kierunku posiadamy zdobyczy, a jak dalece każda z nich nie jest wyjaśnioną i skoordynowaną z całokształtem fizjologji i dzisiejszej biologji. Weźmy znów sprawy mineralizacji krwi i wpływu tejże na zmiany ruchowe, jąkanie i t. p. Dalej weźmy sprawy wzajemnego wpływu w ustroju pierwiastków życiowych jak Ca, P, J, — i innych oraz zagadnienia asymilacji tych pierwiastków przez ustrój. Zagadnienie witamin wogóle. Czy wolno nam mówić o niezmiernie potężnej i różnorodnej pracy czerwonych ciałek krwi, które, według dzisiejszych biologów, w okresie krótkiego swego bytowania występują w roli transportowców, przewożąc cały materjał przemiany w ustroju,

---

[1]) p. P. G. L. Nr. 11. 1933.

począwszy od tlenu i rozdrobnionych ciał odżywczych, a skończywszy na hormonach.

Dzisiejsza biologja poucza nas o nadzwyczajnej zdolności transportowej czerwonych ciałek krwi, którą to zdolność zachowują one nawet po wyeliminowaniu ich z ustroju, a więc m. i. adsorbcję hormonów płciowych, adrenalinę i t. p. A teraz zapytajmy się, czy wiemy cośkolwiek o tem, w jaki sposób zachodzi proces przewożenia przez krwinki tych wszystkich ciał i w jaki sposób zostaje wszystko oddane tam, gdzie należy?

Czy stosunek krwinek, czy też hemoglobiny do tlenu lub drobiny białka czy hormonu jest taki sam jak np. stosunek wewnętrzny pomiędzy dwoma atomami w drobinie O_2 lub H_2. Dlaczego krwinka łatwo zatrzymuje i łatwo oddaje transportowany materjał, jakie fizyczne czynniki wchodzą tu w grę? Niestety, nie wiemy o tem, aczkolwiek fizycy zdołali obliczyć stosunek dwu jednakowych atomów w drobinie jednorodnej jak O_2. Stwierdzono, że polega on na prawie grawitacji w pewnem oddaleniu. Niema tam chemicznego powinowactwa, niema złączenia się dwu atomów, a istnieje tylko grawitacja, warunki fizyczne której zostały dokładnie obliczone.

W kwestji poruszonych wyżej zagadnień biologicznych możemy stwierdzić, że poza poszczególnemi zdobyczami, wielce doniosłemi, o poznaniu koordynacji ich dzisiaj mowy być nie może. Nie ulega wątpliwości, że we współczesnej medycynie jak i w fizyce obserwujemy jedno i to samo zjawisko: potężny rozwój szeregu odłamów danej nauki, przy jednoczesnym braku ogólnej koordynacji tych zdobyczy. Jest to jednak zupełnie zrozumiałe. Nie możemy wszystkiego odrazu zrobić. Jednak nie mamy prawa twierdzić, że przebudowujemy medycynę lub przebudowujemy fizykę, jedynie pogłębiamy wiedzę przyrodniczą!

Gdy przerzucimy naszą myśl na zagadnienia filozoficzne wypływające z tego, co zostało uznane i przyjęte przez współczesną fizykę lub medycynę, to możemy je opierać na zdobyczach zupełnie realnych i pewnych. Granice dedukcji w tych zagadnieniach nie przekraczają granic dedukcji w matematyce, a prawo względności nie wychodzi poza ramy zjawisk, które rozum ludzki może opanować i zsyntetyzować.

Wiemy, że filozofja jest nauką o prawdzie. Prawdę zaś każdą przyjmujemy jako taką wówczas, gdy w pełni naszej świadomości ją przyznamy. Nie możemy jednak stwierdzić ostatecznie, czy istota samej prawdy jest taka, jak ją przyznajemy i czy sposób rozumowania naszego o rzeczach prawdziwych jest lub nie jest względny. Dobrze więc będzie, gdy pojęcie o prawdzie położymy na jedną szalę wagi cechującej rozum ludzki, a na szalę drugą — rzucimy względność; gdy zrównoważą się one w naszej świadomości, będzie to prawda najwyższa, jaka jest dostępna dla umysłu człowieka. W dzisiejszej filozofji należałoby uwzględnić przedewszystkiem te zagadnienia, które możemy ująć w postać eksperymentu. Zagadnienia realne należy ujmować w ramy możliwej całości dającej jednolity obraz filozoficzny. Determinizm w filozofji jest bardziej zawiłem zagadnieniem niż psychofizjologja ujęta w ramy graficzne.

Kto może powiedzieć, co było wcześniej, kura czy jajko? Wiemy też, że filozofów, jako takich, niema, gdyż niema tych, którzyby zgłębili prawdę wszechświata lub prawdę istnienia; są jednak ludzie dążący do poznania filozofji i studjujący pewne kierunki w tej nauce.

Reasumując wszystko powyższe, zapytujemy, czy zdobycze współczesnej fizyki, uznane i przyjęte przez tę naukę, przeniesione w dziedzinę filozofji medycyny, mogą zaszkodzić medycynie, czy też nie? Jesteśmy zdania, że nigdy medycynie nie zaszkodzą, a raczej przyniosą korzyść. Idea Wachholza, nakazująca lekarzowi być filozofem, szukać nastawienia filozoficznego, wówczas może być zrealizowana, gdy lekarz będzie szukał dróg wiodących do poznania życia istoty, a w niej zbiegających się. Medycyna na tem tylko zyska!

Świat mikrofizyczny składający się na cały kosmos, na zjawiska makrofizyczne, jest tym światem, z korpuskularnej energji którego składa się również i żywa istota. Wierzymy, że jest Bóg, który obdarzył żywą istotę duchem, ale tenże Bóg stworzył i ciało ludzkie i cały świat.

W genjalnej potędze tworu wartości te są jednakowe, albowiem nie może być jedno gorsze lub niższe, drugie lepsze lub wyższe, gdyż jeżeli istnieje ciało i jeżeli istnieje duch, to tylko wspólnota tych zjawisk tworzy żywą istotę, w najgłębszej treści przejawów życiowych której nie może być różnicowania wartości.

Dlatego też, nie uczynimy błędu, gdy w filozofji medycyny omawiać będziemy tylko te zagadnienia, do których możemy podejść z dowodem eksperymentalnym, a pominiemy rozważania ujęte w ramy determinizmu lub też pokrewnych mu innych kierunków filozofji klasycznej.

Eddington, w pracy swej „Natura świata fizycznego", nie neguje wartości naukowej poszczególnych zdobyczy we współczesnej fizyce, jedynie podkreśla, że nie mamy dziś możności naukowej syntezy, możności skupienia w całość tych zdobyczy. Poza tem czyni błąd w swych porównaczych wywodach, gdyż nie można mieszać pojęć należących do czystej matematyki i filozofji matematyki, na których oparty został pewien odłam teorji względności, zaczerpniętej przez Einsteina od Minkowskiego, jak np. wymiar czwarty, przestrzenno-czasowy, z pojęciem elektronowej budowy ciał istniejących chociażby na naszej ziemi, lub własnościami fizycznemi tych czy innych ciał. Gdybyśmy zebrali wszystkie będące na ziemi przysłowiowe pierniki i wszystkie wiatraki i doszukiwali się w nich podobieństwa, to w tej ich postaci nie doszukalibyśmy się go, a dopiero wówczas, gdy rozłożymy pierniki i wiatraki na atomy, podobieństwo to znajdziemy.

Teorja Plancka, oparta na jego znakomitej formule, nazwanej królową fizyki, wyjaśnia dziś cały szereg zjawisk mikrofizycznych i wartość jej kwestjonowaną być nie może. Znaczenie tej teorji w medycynie dziś jeszcze jest niemal bez znaczenia. Gdy jednak zbliżymy nasze studja lekarskie, czy też biologiczne, do głębszego poznania mikrofizyki ustroju, to wówczas fizyka ułatwi pracę naszą znakomicie przez teorję Plancka i jego formułę.

Czy dziś zaczniemy realizować nasze prace w tym kierunku czy też jutro, to jest inna sprawa, jednak już dziś możemy podkreślić znaczenie teorji Plancka, z jego teorją kwant i jego formułą, w studjach nad mikrofizyką tworów organicznych.

BIBLJOGRAFJA.

Artykuły oryginalne w czasopismach.
Piśmiennictwo polskie.

Wiadomości Lekarskie. Nr. 3. 1933. J. Offenberg: W sprawie rozpoznawania tasiemca. — M. Engel: Lampa kwarcowa w pedjatrji. — F. Bross-Grünszpanowa i J. Spitzer: O konieczności przebadywania dzieci przeznaczonych na kolonje letnie promieniami Roentgena i tuberkuliną.

Medycyna. Nr. 9. 1933. St. Januszkiewicz i A. Makower: Badanie radjologiczne śluzówki przewodu pokarmowego i jego wartość kliniczna. — L. Regmunt-Sobieszczański: Dieta wodna (głodowa) w leczeniu kamicy i zapaleń dróg żółciowych. — B. Dylewski: O ropniach krtani z podaniem rzadkiego przypadku tego cierpienia. — F. Gromadzki: Rozpoznanie ciąży pozamacicznej. — H. Waserman: Streszczenie zbiorowe. Wskazania do przetaczania krwi.

Nowiny Lekarskie. Nr. 9. 1933. M. Michałowicz: Rola czynników wśródustrojowych w patogenezie zapalenia płuc u dzieci. — T. Keller: Leczenie hormonalne zaburzeń okresów przejściowych. — A. Laskiewicz: W sprawie badania otoneurologicznego. — St. Hryniewiecki: Uwagi do artykułu doc. Zeylanda „W sprawie organizacji opieki lekarskiej nad dziećmi szkolnemi".

Warszawskie Czasopismo Lekarskie. Nr. 17. 1933. N. Jelenkiewicz: Przypadek pierwotnego stwardnienia drobnych tętniczek płucnych (Arteriolosclerosis pulmonalis). — M. Leder i S. Mischel: O roli układu wegetatywnego w leczeniu zdrojowem. (Z doświadczeń w Truskawcu). — E. Krajewski: Escola de Medicina Tropical-Hospital Colonial-Hospital do Rego. Wrażenia z wędrówki po szpitalach lizbońskich.

Warszawskie Czasopismo Lekarskie. Nr. 18. 1933. K. Hitzenberger: Rozedma płuc — nieżyt oskrzeli. — G. Bychowski: O przypadkach schizofrenji z objawami neurologicznemi. — M. Burak: Ostry zakrzep tętnicy wieńcowej. — G. Aberdam-Selligowa: Zakażenia dodatkowe w świetle badań doświadczalnych i klinicznych. (Str. pogl.). — A. Mańkowski: Zdrojowiska i uzdrowiska Bułgarji.

Warszawskie Czasopismo Lekarskie. Nr. 19. 1933. M. Biro: O chorobie Addisona. — M. Kacprzak: Badania nad rozrodczością w Polsce. Część II. Ankieta wśród lekarzy

---

OCENY.

Podstawy farmakodynamiki szczegółowej. (Eléments de pharmacodynamie spéciale). EDG. ZUNZ. 2 tomy 1271 str. 82 tablic i 168 rycin w tekście. Wyd. Masson, Paryż, 1932. Cena 190 fr. fr.

W r. 1930 wyszła tego autora, profesora uniwersytetu brukselskiego, książka p. t. *Eléments de pharmacodynamie générale,* która może być uważana za wstęp do niniejszego dzieła. Razem tworzą one obszerny podręcznik, jedyny w języku francuskim, który

tem się wyróżnia od podobnych podręczników np. niemieckich, że został opracowany przez jednego autora.

W układzie treści szczegółowej farmakodynamiki autor oparł się na jedynie racjonalnym podziale przedmiotu według narządów i układów tkanek organizmu. W pierwszym rozdziale omawia środki narkotyczne, zaczynając od alkoholu, poprzez środki usypiające lotne i nasenne, a kończąc na teorjach narkozy. Przy każdym środku podany jest szczegółowo mechanizm działania u różnych zwierząt, co ułatwiają znacznie liczne tablice i wykresy. Natomiast praktyczne zastosowanie w lecznictwie jest omówione nieco pobieżniej. Podane są jednak wszystkie przetwory i preparaty oficjalne w farmakopei francuskiej i belgijskiej, co dla lekarza praktycznego jest niezmiernie ważne.

W dalszych rozdziałach omówione są miejscowe środki znieczulające, makowiec, jego pochodne i inne środki przeciwbólowe, dalej środki uspokajające, oraz alkaloidy porażające ośrodki opuszkowe, jak weratryna i akonityna. Osobne rozdziały są poświęcone jadom parasympatycznym, jadom sympatycznym i jadom komórek zwojowych układu wegetatywnego. Z grupą środków wpływających na układ nerwowy łączy się ściśle tak pod względem mechanizmu działania jakoteż poczęści i co do budowy chemicznej, grupa ciał wpływających na ciepłotę ciała, dlatego też autor omawia w tem miejscu środki przeciwgorączkowe t. j. pochodne aniliny, fenylhydrazyny, pyrazolonu, paraaminofenolu oraz chininę i zabiegi fizykalne przeciwgorączkowe. W tym samym rozdziale omówione są też środki wywołujące gorączkę. Następny rozdział traktuje o środkach przeciwzapalnych, do których autor zalicza pochodne salicylowe i pochodne kwasu fenylcynchoninowego (atofan).

Środki wpływające na krążenie zajmują kilka rozdziałów, w których szczegółowo podane jest działanie środków ocucających jak kamfory, koraminy i innych, oraz właściwych środków nasercowych jak naparstnicy i szczególnie w ostatnich latach dokładniej poznanych innych środków roślinnych. Rozdziały traktujące o środkach zwężających i rozszerzających naczynia zamykają ten dział farmakodynamiki.

Jeden z następnych rozdziałów poświęca autor środkom moczopędnym, które dzieli na następujące grupy: ciała rozcieńczające krew, pochodne rtęciowe i bizmutowe, środki moczopędne tkankowe i moczopędne swoiste. W rozdziałach o gruczołach dokrewnych przedstawia obecny stan wiadomości w zakresie hormonów i ich znaczenie lecznicze. W dalszych rozdziałach omawia metale alkaliczne i metale ziem alkalicznych, środki wpływające na odżywianie i przemianę materji, środki działające na krew, t. j. środki krwiotwórcze, wpływające na krzepliwość krwi i zmniejszające ilość ciałek białych.

Bardzo dokładnie przedstawiona jest farmakodynamika narządu trawienia. Szczegółowo zostały tu omówione środki wpływające na wydzielanie różnych soków trawiennych, przyczem dużo miejsca zajęły środki roślinne, których działanie zostało w ostatnich latach lepiej poznane dzięki pracom badaczy francuskich. Drugi dział o środkach wpływających na ruchy przewodu pokarmowego przedstawiony jest również wyczerpująco. To samo dotyczy dalszych rozdziałów, które traktują o środkach działających na narząd oddechowy i na skórę.

Ostatnią część książki zajmują środki działające na przyczyny chorobowe albo wpływające na odporność organizmu. Znajdują się tu rozdziały o środkach przeciwrobaczych, o środkach antyseptycznych i odkażających, osobny rozdział poświęcił autor środkom chemoterapeutycznym, a w ostatnich rozdziałach omówił szczepionki, surowice, leczenie nieswoiste czyli proteinoterapję, koloidoterapję oraz leczenie przez wstrząsy.

W dziele tem przedstawiony jest wyczerpująco całokształt wiedzy w zakresie farmakologji doświadczalnej oraz jej znaczenie dla racjonalnej terapji, dlatego też książkę tę winien przeczytać każdy, kto chce dokładnie poznać zasady, na jakich opiera się dzisiejsze racjonalne leczenie.

Skowroński (Lwów).

Neuzeitliche Diabetesfragen. Funktionelle Pathologie und Therapie. CARL v. NOORDEN. Urban und Schwarzenberg, Berlin u. Wien. 1933. 8°. Str. 56. Cena broszur. RM. 2.40.

Mała ta monografja powstała — jak autor na wstępie zaznacza — z dokształcającego wykładu, wygłoszonego przez autora w Berlinie w r. 1932. Poza tem ukazała się ona w 3 artykułach w *Mediz. Klinik,* 1933. Nr. 1—3. Celem jej nie było planowe przedstawienie całokształtu cukrzycy, lecz zajęcie się licznemi staremi i nowemi problemami, tyczącemi się patologji i lecznictwa cukrzycy, problemami, z któremi każdy lekarz-praktyk winien być obznajomiony.

Stary spór, czy cukrzyca jest następstwem upośledzonego spalania się cukru, czy zwiększonej produkcji cukru rozstrzyga autor na korzyść tezy ostatniej. Brak hamulców w wytwarzaniu się cukru jako następstwo osłabienia trzustki łatwiej tłumaczy wszelkie kliniczne i doświadczalnie otrzymane objawy chorobowe. Praca mięśniowa u cukrzycowego może nań działać dodatnio przez oszczędzanie systemu insularnego trzustki, o ile ona (praca) nie wywołuje zbytniej mobilizacji glikogenu. Podając cukrzycowemu glukozę dożylnie możemy wywołać hiperglikemję i glikozurję przeważnie tylko nieznaczną, tak samo *per rectum,* podczas gdy glukoza podana *per os* z reguły wywołuje te stany intensywniej i długotrwalej. Obliczanie „wartości cukrowej" (w. Falta) diety, t. j. sumy węglowodanów spożytych wprost i węglowodanów teoretycznie wytworzonych z rozpadu białka nie jest dla Noordena praktycznie uzasadnione, gdyż zależy ono także w tych samych warunkach od całkowitej diety chorego. Ważny wpływ na przemianę cukrową posiadają substancje towarzyszące pokarmom, na które często nie zwraca się wielkiej uwagi jak kwasy i zasady mineralne, substancje służące do nadawania smaku potrawom, kwasy roślinne, olejki eteryczne, witaminy i t. p. Ważną rolę w powstawaniu i przebiegu cukrzycy odgrywają schorzenia gruczołów dokrewnych. Istnienia t. zw. cukrzycy neuro-traumatycznej autor nie uznaje. Z prób obciążania chorego węglowodanami autor ceni wyżej próbę t. zw. frakcjonowanego obciążania chlebem aniżeli obciążania dekstrozą. Bardzo dokładnie omawia autor metody dietetycznego leczenia, przyczem zalecony jest system odżywiania dwiema substancjami (1. białko + tłuszcz, 2. węglowodany + tłuszcz, 3. węglowodany + białko). Część broszury, zajmująca się leczeniem dietetycznem wykazuje ogromne doświadczenie autora, znane nam zresztą z jego dotychczasowych prac. Przy diecie chudej (beztłuszczowej) Noorden przestrzega przed zbytniem obciążaniem chorego węglowodanami (O. Porges), mimo że — jak wiadomo — tolerancja węglowodanowa zwiększa się u chorego z chwilą zredukowania podawanych tłuszczów. W wielu miejscach autor powołuje się na ogólnie znany świetny swój podręcznik: Noorden i Isaac: *Die Zuckerkrankheit.*

Mimo skromnego wstępu, którym autor zaopatrzył swą broszurkę, znajdujemy w jej ramach, nietylko prawie to wszystko, z czem lekarz-praktyk się spotyka w przebiegu cukrzycy, ale także najciekawsze rozważania teoretyczne, tyczące się istoty tej jednostki chorobowej. *Dr. A. Nadel* (Lwów).

Leczenie gruźliczych jam płucnych. (Traitement des cavernes pulmonaires tuberculeuses). J. STEPHANI, G. DELORE. G. Doin et Cie. Paris 1932. 18 fr. fr.

W pierwszej części pracy lekarzy sanatoryjnych z Montany, przeznaczonej dla praktyków, znajduje się opis kliniczny i rentgenologiczny jam gruźliczych w płucach i sposobów ich rozpoznania. Badanie rentgenologiczne jest w możności wykryć w wielu przypadkach obecność jamy, której innemi metodami stwierdzić nie można, jednak autorzy przestrzegają przed bezkrytycznem przecenianiem badania rentgenologicznego, gdyż zdarzają się przypadki, coprawda rzadsze, że klisza rentgenowska zawodzi, a natomiast objawy przysłuchowe i inne badania kliniczne, jak np. obraz cytologiczny krwi, pozwalają na rozpoznanie jam. Za objaw samoistnego gojenia się gruźlicy płuc należy uważać przemiany włókniste chorego płuca, prowadzące do znacznego zmniejszenia jego objętości i przemieszczenia narządów klatki piersiowej. Często jednak, nawet przy znacznych zmianach włóknistych, jamy nie ulegają zabliźnieniu.

Leczenie jam gruźliczych jest rzeczą ważną ze względu na ich ujemne znaczenie dla rokowania w gruźlicy. Autorzy rozpatrują wyniki, uzyskane rozmaitemi sposobami w Montanie w 167 przyp. rozpadowej gruźlicy płuc. Samo leczenie klimatyczne, następnie leczenie solami złota, miedzi i wapnia, prowadzi w znacznym procencie przypadków do zabliźniania się jam. Wskazanie do założenia odmy piersiowej istnieje z chwilą, gdy powyższe sposoby leczenia w okresie 4—6 tygodni nie doprowadzą choćby do zaznaczonego gojenia się jamy. Krwioplucie stanowi wskazanie do natychmiastowego zastosowania odmy, względnie innej metody leczenia zapadowego. Wielkie jamy gruźlicze nadają się wyłącznie do leczenia wycięciem nerwu przeponowego i torakoplastyką. Przy zastosowaniu odmy piersiowej przypadki wczesne dają dobre wyniki, natomiast przypadki o jamach długo się utrzymujących, znacznie gorsze. Porównanie cyfrowe wyników, uzyskanych przez autorów rozmaitemi metodami nie dałoby należytego obrazu, ponieważ wszystkie przypadki dotyczyły osób przebywających w sanatorjum, a więc część wyników, osiągniętych dzięki zastosowaniu innych sposobów, należałoby odnieść do leczenia klimatycznego, a ponadto sami autorzy są przeciwnikami wyciągania wniosków co do skuteczności danego leczenia ze zestawień statystycznych. Podkreślają oni wkońcu, co jest rzeczą najzupełniej słuszną — a niestety jeszcze wielu lekarzy nie zdaje sobie z tego sprawy — że każdą jamę gruźliczą należy starać się bezwzględnie doprowadzić

do jaknajszybszego zabliźnienia, nawet wtedy, gdy chory nie wykazuje objawów czynności i stan jego jest pozornie dobry. Należy ponadto dodać, że w warunkach pozasanatoryjnych najodpowiedniejszą, a pozatem najekonomiczniejszą, co jest bardzo ważne ze stanowiska społecznego, metodą leczenia jam gruźliczych jest wyłącznie leczenie zapadowe. *St. Hornung* (Lwów).

Pięćdziesiąt zabiegów chirurgicznych H. Delageniere'a. (Cinquante techniques chirurgicales de Henry Delageniere. Zebrał i wydał YVES DELAGENIERE. Masson. Paris. 1933.

Podręcznik techniki operacyjnej wydany przez Yves'a Delageniere'a został opracowany na podstawie długoletnich spostrzeżeń i doświadczenia ojca wydawcy, znanego chirurga francuskiego. Książka nie obejmuje całości techniki operacyjnej, lecz tylko specjalne działy, w których opisane metody różnią się mniej lub więcej od ogólnie przyjętych norm. Uwzględniono przedewszystkiem te szczegóły w opisie zabiegów, na które autorowie zwracają szczególną uwagę i którym przypisują duże znaczenie.

W podręczniku tym ujętym treściwie, jasno, bogato ilustrowanym autor celowo główny nacisk kładzie na stronę praktyczną.

Przy omawianiu cięć laparotomijnych wogóle zwrócono szczególną uwagę na konieczność skrupulatnego i anatomicznego zeszycia powłok celem uniknięcia przepuklin pooperacyjnych. Na polecenie zasługuje szew w kształcie ósemki na przekroju poprzecznym, której dolna pętla obejmuje powięź, górna skórę. Zawęźlenie tych szwów następuje ponad wałkiem gazy, leżącym na ciągłym szwie skórnym. Tego rodzaju szew ma stanowić szczególnie silne wzmocnienie dla powłok.

Przy omawianiu zabiegów kostnych, którym to tematem ojciec wydawcy wiele się zajmował w ciągu swej działalności, Delageniere stoi na stanowisku, że repozycja krwawa wskazana jest tylko w wyjątkowych wypadkach, a i w tych odpowiednie założenie jednej pętli drutu prawie zawsze wystarcza dla dobrego ustalenia odłamków. Tak np. przy krwawem nastawianiu złamania obu kości przedramienia autor zakłada szew jedynie na kość łokciową, która w ten sposób umocniona stanowi podporę dla ustalenia bez szwu złamanej kości promieniowej. Przy złamaniach goleni w dolnej 1/3 części nastawienie w trudnych przypadkach można sobie znacznie ułatwić wyłącznie przez przedłużenie ścięgna Achillesa.

W opisie techniki resekcyj żołądka (sposobem Billroth II) na uwagę zasługuje szczegół, że autor po zrobieniu szczeliny w *lig. gastro-colicum* i sieci mniejszej najpierw przecina żołądek a dopiero następowo przystępuje do podwiązywania naczyń wzdłuż obu krzywizn. W razie potrzeby sączkowania przy najrozmaitszych operacjach brzusznych dren przeprowadza zawsze przez osobne nacięcie dla uniknięcia wypadnięcia pooperacyjnego trzewi. Po nieskomplikowanych apendektomjach zaleca jaknajszybsze wstawanie z łóżka.

W chirurgicznem leczeniu wysoko usadowionego raka prostnicy, zaleca autor metodę składającą się z dwóch aktów o przerwie 10—15-dniowej. Pierwszy akt to założenie definitywnego *anus iliacus*, oddzielenie i podwiązanie naczyń dystalnej części kiszki. Po 10 dniach w akcie drugim następuje usunięcie uwolnionej i zepchniętej wdół prostnicy od strony krocza.

Bardzo szeroko omówiona jest część ginekologiczna, w której opisano: usunięcie macicy i przydatków sposobem Wertheim'a, plastyka krocza, histeropeksja zmodyfikowanym sposobem Roufart'a i in.

Z dziedziny zabiegów na narządach moczowo-płciowych na uwagę zasługuje opis orchidopeksji obustronnej, jednoczasowej przy wnętrostwie. Jest to modyfikacja klasycznego sposobu Ombrédanne'a.

Opisy operacyj nerkowych i na gruczole krokowym nie różnią się specjalnie od przyjętych ogólnie metod. W leczeniu dużych przepuklin pachwinowych autor posługuje się szwem zapomocą transplantowanych pasków z powięzi szerokiej.

Przy zaopatrywaniu przepuklin udowych nacina *lig. Pouparti* (górne ograniczenie kanału udowego) i w ten sposób ułatwia sobie przyszycie tego więzadła bez napięcia do ramienia poziomego kości łonowej. *(ram. horizont. ossis pelvis).*

W leczeniu zastarzałych złamań rzepki z dużym rozstępem odłamków polecona jest metoda polegająca na przedłużeniu ścięgna mięśnia czworogłowego uda, co pozwala na zbliżenie odłamków dla ich dokładnego zeszycia.

Książka Delageniere'a, jak już wspomniałem, nie stanowi całości i nie jest kompletnym podręcznikiem techniki operacyjnej, niemniej jednak jest podręcznikiem mocno pouczającym dzięki odrębnemu ujęciu problemów technicznych. Wskutek tego zaś, że jest oparta na doświadczeniu długoletniem jednego chirurga, przynosi wiele cennych praktycznych wskazówek. *E. Michałowski* (Lwów).

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA.

Patologja.

Wyniki nowszych badań nad pneumokokami i schorzeniami pneumokokowemi. ST. ENGEL. Klin. Wschr. Nr. 3, 1933.

Wśród schorzeń pneumokokowych głównym przedmiotem badań stało się zrazowe zapalenie płuc, jako dość ostro odcinająca się jednostka chorobowa, i to z niezwykłym krytycznym przebiegiem. Stwierdzenie, że paciorkowiec owalny *(pneumococcus)* nie jest zarazkiem ściśle sprecyzowanym, jako jednostka, ale że istnieją jego typy, jest powodem zapatrywania, że zrazowe zapalenie płuc jest wywołane przez jeden z tych typów. Przełom w tem zapaleniu jest następstwem piorunowego tworzenia się ciał obronnych. Obrazu włóknikowego zapalenia płuc dziś już nie łączymy tak ściśle z obrazem anatomicznym, jak to Laennec uczynił. To zapalenie charakteryzuje jego cykliczny przebieg — nagłe wzniesienie się ciepłoty, jej ciągłość, a potem przełom. Drugą cechą — to jego jednoogniskowość — i niekoniecznie zajmowanie całego lub całych płatów płuca. Obrazy rentgenowskie włóknikowego zapalenia płuc pouczyły nas o całkiem nowych obrazach. Pokazuje się, że sposób powstawania i postępowania omawianego zapalenia jest prawie taki sam, jak powstanie gruźlicy pierwotnej. Tworzy się więc ognisko pierwotne, od niego następuje zakażenie gruczołów chłonnych wnękowych. Naciek płucny powstaje następnie około wnęki i pierwotnego ogniska. Zapalenie płuc może utrzymać się tylko jako ognisko pierwotne i jako wybitne powiększenie gruczołów chłonnych. Zwykle jednak tworzy się naciek około ogniska pierwotnego (obwodowo) lub koło gruczołów (centralnie). Rzadko zajmuje ono cały płat, zwykle dosięga stopnia średniego, nierzadko ma ono przebieg poronny i fizykalnie daje się tylko z trudnością stwierdzić. Należy podnieść, że klinicznie widzimy ten sam przebieg niezależnie od tego, czy naciek jest minimalny, czy też znaczny. Zmieniają się dziś zapatrywania także co do wieku, w którym włóknikowe zapalenie powstaje, a specjalnie zapatrywanie, że z wiekiem wzrasta częstość powstawania tego zapalenia. Już u dzieci od 4 lub 5-tego miesiąca życia powstają zupełnie typowe zapalenia włóknikowe, uważane za zapalenia zrazikowe. Krzywa wieku dochodzi szczytu w 2-gim roku życia, a potem szybko spada. Że u całkiem młodych osesków go nie stwierdzamy, podobnie jak odry, płonicy lub błonicy, to może to być następstwem obecności ciał obronnych, uzyskanych od matki jeszcze w życiu płodowem lub też „innego sposobu oddziaływania" ustroju tak młodego. Co się tyczy rozdzielenia przypadków zapalenia włóknikowego płuc na pory roku, to wbrew dawniejszemu zapatrywaniu, że szczyt częstości jego przypada na zimę, pokazuje się, że tym czasem szczytowym jest wiosna lub wczesne lato. Krzywa odnośna kryje się do pewnego stopnia z odpowiednią krzywą gruźliczego zapalenia opon mózgowych. To rozłożenie przypadków włóknikowego zapalenia płuc przemawia przeciw alergicznemu znaczeniu nieżytów dróg oddechowych w powstawaniu tego zapalenia płuc. Autor jest zdania, że z wiekiem zmniejsza się częstość tego zapalenia, a więc zdanie przeciwne od tego, które Lauche wypowiedział. A dzieje się to mimo większej ekspozycji wieku starszego na nabywanie nieżytowych procesów pneumokokowych. O ile chodzi o włóknikowe zapalenie płuc w wieku dziecięcym, to zwraca uwagę częste poprzedzanie tego zapalenia przez odrę, krztusiec i inne nieżytowe zakażenia. Może mają one znaczenie obniżania nieswoistej oporności ustroju. Tak, jak zachowanie się małych dzieci względem gruźlicy uważamy za ich szczególne oddziaływanie, tak samo można powiedzieć o zachowaniu się ich w stosunku do zapalenia płuc. W powstawaniu zapalenia płuc nie ma, zdaje się, ważniejszego znaczenia ekspozycja wobec tego, że u dzieci szkolnych, które właśnie na zakażenie są bardziej eksponowane, zapalenia włóknikowe zachodzą już rzadziej. Musi się przyjąć u dzieci małych istnienie zwiększonego nastawienia na zapalenie płuc *(Pnemoniebereitschaft).* Mają tu znaczenie najprawdopodobniej typy pneumokoka, t. j. w zapaleniu zrazikowem stwierdzane przez Gundela zarazki typu x, we włóknikowem typu I, rzadziej II i III. U dzieci starszych, u których bardzo znacznie zmniejsza się skłonność do zapalenia płuc, względnie znika, zakażenia typem x nie dają już zapalenia płuc, lecz działają tylko nieżytowo. Możliwe, że mają tu znaczenie także pewne anatomiczne i biologiczne warunki. Te wszystkie dane rozjaśniają nam nieco sprawę patogenezy zapalenia płuc, nie wyjaśniają nam jednak zjawiska przełomu. *W. Nowicki* (Lwów).

Wyniki nowszych badań nad pneumokokami i schorzeniami, wywołanemi przez nie, ze szczególnem uwzględnieniem zapaleń płuc. A. LAUCHE. Klin. Wschr. Nr. 3, 1933.

Studja nowsze nad pneumokokami rozszerzyły znacznie nasze zapatrywania, dotyczące drogi zakażenia w przypadkach zapalenia płuc. Miejsce zapatrywania o autoinfekcji w zrazowem zapale-

niu płuc zajęło zapatrywanie o zakażeniu zjadliwemi zarazkami przy istnieniu usposobienia. Badanie anatomopatologiczne, w szczególności histologiczne całych płatów płucnych, pod postacią skrawków znacznych rozmiarów dostarczyło nam nowego materjału, jako podstawy do nowych zapatrywań. Chodzi tu przedewszystkiem o histotopograficzne badania. Autor zajmuje się przedewszystkiem „zrazowem zapaleniem płuc". Skrawek z zapalenia z całego dolnego płata wykazuje jednostajne zajęcie całego płata, natomiast w górnym płacie widać partje w postaci jakby płaszcza naokoło miejsca pierwotnego wyjścia zapalenia; są to warstwy: 1) centralnie położona z początkowem rozpuszczeniem (płynny wysięk z licznemi leukocytami), 2) warstwa zbita, szarawa i blada z powodu ucisku naczyń, 3) wąska warstwa z mniej licznemi leukocytami i silnem wypełnieniem naczyń krwią i 4) najpowierzchowniejsza warstwa z silnie obrzękłemi pęcherzykami. Ułożenie tych warstw odpowiada szeregowi znanych okresów zapalenia zrazowego, przyczem obwodowy jest okresem najświeższym, nawału krwi. Obraz ten dostatecznie przemawia za jednoogniskowem rozpoczęciem zapalenia. W przypadkach zrazikowego zapalenia płuc zlewającego się i zajmującego cały płat mamy wieloogniskowość. W przypadku zapalenia jednoogniskowego mamy całkiem ściśle określoną krzywą ciepłoty. Autor trzyma się ustalonego dotad podziału przebiegu zapalenia zrazowego na znane okresy nawału krwi, czerwonego, szarego i żółtego zwątrobienia, a nie, jak Loeschcke, który zwątrobienie szare stawia przed czerwonem. Autor uważa także, że leukocyty są czynne w rozpuszczaniu włóknika, a nie, jak chcą inni, nabłonki pęcherzyków płucnych. Partje płuca z obfitym włóknikiem a bez leukocytów świadczą o słabej obronie ustroju, o nierozpuszczaniu się włóknika i przechodzeniu sprawy w stan przewlekły.

Kauffmann badał sposób oddziaływania ustroju w toku przebiegu zapalenia zrazowego płuc zapomocą wywoływania w skórze pęcherza kantarydowego. Odpowiednio do przebiegu zapalenia płuc pęcherz wypełniony był włóknikiem, potem płynem surowiczo-włóknikowym, ropnym, a nigdy odwrotnie. Pęcherze z wysiękiem włóknikowym ulegały wyleczeniu po przełomie zapalenia płuc, wówczas bowiem włóknik pęcherza rozpuszczał się po wniknięciu licznych leukocytów.

Autor stwierdza na podstawie swego histotopograficznego badania, że niezawsze zapalenie zaczyna się od wnęki, może iść także od obwodu, że szerzy się drogą oskrzelików z pęcherzyka na pęcherzyk, dalej drogą szczelinek (por) w pęcherzykach, drogą naczyń limfatycznych; w szerzeniu tem mają znaczenie ruchy oddechowe, które sprawiają, że wysięk dostaje się dalej do płuc tak, jakby wsiąkał w gąbkę, łatwiej w płacie dolnym, niż w górnym. Autor odstępuje od swego dawniejszego zapatrywania o powstawaniu zapalenia płuc od strony węzłów limfatycznych wnękowych i potem drogą limfatyczną.

Co się tyczy pytania, kiedy powstaje zrazowe a kiedy ogniskowe zapalenie płuc, to autor rodzaj zapalenia płuc uzależnia od zdolności oddziaływania ustroju na odpowiedniego zarazka. Zdaniem jego nie mają tu znaczenia ani właściwość zarazka ani właściwości narządu.

Co się tyczy uwag, nasuwających się z nowszych badań nad pneumokokami, to uważa, że pneumokoki typu I i II są właściwemi wywołaczami zapalenia zrazowego, podczas gdy pneumokoki grupy x powodują zapalenia płuc wtórne. Zjadliwe pneumokoki są otoczone otoczką z polisacharydów, która musi być nadwyrężona przez ciała obronne ustroju i dopiero następnie zarazki są unieszkodliwiane przez leukocyty. W ustroju młodym do 2-go roku życia ciała obronne wytwarzają się powoli, a dopiero później z dojrzewaniem mezenchymy wzmaga się zdolność tworzenia tych ciał obronnych. Zakażenie pneumokokami pozostawia odporność powoli się zmniejszającą, która też dla odpowiedniego typu pneumokoka jest absolutną, a później znika.

Zapalenia zrazowe są wynikiem uczulenia, wywołanego poprzednio przebytym nieżytem nosa lub zapaleniem oskrzeli i oczywiście zakażenia zjadliwemi zarazkami. Gdy to uczulenie już wygaśnie, to zakażenie nawet zarazkami zjadliwemi nie da zapalenia zrazowego, lecz zapalenie oskrzeli lub nieżyt nosa. Trudno jest zrozumieć, dlaczego w ustroju uczulonym, a zatem doskonale przygotowanym i zaopatrzonym w środki obronne, bakterje ziarenkowate tak silnie się rozmnażają. Otóż autor tłumaczy to w sposób następujący: uczulenie wyraża się przedewszystkiem szczególnie w zaangażowaniu systemu naczyniowego, wskutek czego wytwarza się wybitny wysięk, pneumokoki znajdujące się w pęcherzykach, a nie w tkance, są narazie niewystawione na działanie uszkadzające ciał obronnych, a dopiero później następuje tak znaczna koncentracja tych ciał obronnych, że uszkodzone przez nie otoczki zarazków ułatwiają pożeranie tych zarazków przez leukocyty i ten proces żerności występuje nagle, co też zaraz odbija się na krzywej ciepłoty, a przedewszystkiem wyraża się przełomem. Zależnie też od zachowania się ciał obronnych i szybkości tworzenia się obrzęku może być zapalenie niemal jednodniowe — tak szybko bowiem zachodzi zniszczenie zarazka. *W. Nowicki* (Lwów).

Choroby wewnętrzne, nerwowe i dziecięce.

Przyczynek do kliniki niedorozwoju nerki. R. UEBELHOER Ztschr. f. Urologie. 27, 2.

Autor rozważa niedorozwinięcia nerki z okazji spostrzeganego przez siebie przypadku. Anatomicznie a także i klinicznie wyróżnia się dwie postacie niedorozwinięcia: postać z prawidłowym zupełnie i postać z dysplastycznym miąższem nerkowym. Tylko w tym pierwszym przypadku rozpoznanie niedorozwoju nerki jest trudne; wszystkie bowiem próby czynnościowe określają jakość funkcji nerki nie mówiąc nic o jej stronie ilościowej. W rozpoznaniu tej sprawy towarzyszące jej zwykle zaburzenia rozwojowe w narządzie płciowym zwracają na nią uwagę. Pewnych danych dostarcza również cystoskopja. Rozpoznanie opiera się na badaniu promieniami Roentgena i pyelografji przedewszystkiem oddołu.

Lachs (Kraków).

O raku płaskokomórkowym nerki. ROSENSTEIN P. O. Ztschr. f. Urologie. 27, 2.

Ze wszystkich nowotworów nerki raki są najrzadsze (2%). Autor opisuje przypadek, w którym u 39-letniej kobiety przystąpiono do operacji wycięcia nerki, rozpoznając roponercze. Zabieg, który okazał się bardzo ciężki, połączony był z usuwaniem zakrzepu z żyły czczej dolnej. Chora zmarła na skutek odruchowego bezmoczu. Rozpoznanie raka wychodzącego z nabłonka miedniczki ustalono w powyższym przypadku dopiero na podstawie badania mikroskopowego nerki. *Lachs* (Kraków).

Z kazuistyki brodawczaków miedniczki nerkowej. HORTOLOMEI N. i BURGHELE T. Ztschr. f. Urologie. 27, 2.

Autorowie opisują przypadek guza wychodzącego z miedniczki nerkowej o charakterze brodawczaka wielkości pięści, który mimo to nie dał tak częstych przy tem schorzeniu implantacyj w niższych odcinkach narządu moczowego. *Lachs* (Kraków).

Ropień nerki dystopicznej. ESAU. Ztschr. f. Urologie. 27, 2.

Autor opisuje kilka przyp. ropni nerki dystopicznej. Stwierdzenie przed operacją przynależności ropnia do nerki dystopicznej dałoby się napewno uskutecznić przy pomocy pyelografji: ciężki stan chorych i rzadkość dystopji nerki wogóle jest jednak przeciwwskazaniem do stosowania tej metody. *Lachs* (Kraków).

Przypadek zatoru tętnicy nerkowej. ADLER - RACZ. A. Ztschr. f. Urologie. 27, 2.

Autor opisuje przypadek zatoru tętnicy nerkowej, który wystąpił u chorej ze zwężeniem ujścia żylnego lewego. Chora zmarła z powodu mocznicy. Druga nerka wykazała na sekcji zmiany gruźlicze. W symptomatologji tego schorzenia na pierwszy plan występuje gwałtowny ból w okolicy nerki o charakterze kolki, krwiomocz, zmniejszenie ilości moczu. Sprawa występuje przeważnie u osobników ze zwężeniem ujścia żylnego lewego i połączonem z tem tworzeniem się zakrzepów w sercu.

Lachs (Kraków).

O kamieniach cewki moczowej. DRESSLER L. Ztschr. f. Urologie. 27, 1.

Autor opisuje dwa przypadki kamieni u mężczyzn w tylnej części cewki. Jeden z nich powstał przez usadowienie się w cewce nitki, którą wprowadził sobie nawiniętą na rdzeniu ołówka więzień do istniejącej w okolicy lędźwiowej przetoki po wycięciu nerki. Drugi przypadek dotyczył kamienia, który odszedł z nerki i usadowił się w cewce moczowej. Oba przypadki zmusiły do operacji: W pierwszym z powodu zatrzymania moczu, przyczem przez cewkę nie dało się wprowadzić żadnego instrumentu, w drugim przypadku z powodu krwawienia do pęcherza, spowodowanego nadżarciem błony śluzowej cewki przez kamień i wypełnienia się pęcherza skrzepami, które nie dały się przez cewkę usunąć. W obu przypadkach usunięto kamienie przez cięcie wysokie pęcherza.

Lachs (Kraków).

W sprawie krwiomoczu przy zapaleniu wyrostka robaczkowego. SCHNAPPER L. M. Ztschr. f. Urologie. 27, 1.

W niedużym odsetku zapalenia wyrostka robaczkowego stwierdza się krwiomocz, czasem gołem już okiem widoczny. Cystoskopja wykazuje zawsze, że krwawienie to jest jedno — i to prawostronne. W spostrzeganych przez autora 2 przypadkach zapale-

nia wyrostka robaczkowego z krwiomoczem stwierdzono w moczu także obecność wałeczków. Przemawia to więc za wypowiedzianem już poprzednio przez różnych autorów przypuszczeniem, że krwiomocz przy tej sprawie spowodowany jest zmianami zapalnemi nerki prawej, wywołanemi przedostawaniem się substancyj trujących z wyrostka do nerki drogą naczyń limfatycznych.

Lachs (Kraków).

Formy moczowe w ostrych i przewlekłych zapaleniach wyrostka robaczkowego. A. ASTRALDI. El Dia Médico, Nr. 25, 1933.

Autor zwraca uwagę na fakty występowania *trias* objawów w przypadkach zapalenia wyrostka robaczkowego zakątniczego *(appendicitis retrocoecalis)*. Do tych objawów należy: 1) ból w okolicy lędźwi; 2) hematurja i 3) zapalenie miedniczki i nerki. Napotkanie krwinek w moczu nie przemawia przeciwko zapaleniu wyrostka robaczkowego.

Mester (Kraków).

W sprawie dyzenterji mieszanej. SANGIORGI. Pathologica, 1933. Nr. 496.

Prof. Sangiorgi, dyrektor zakładu higjeniczno-bakterjologicznego uniwersytetu Bari, zwraca uwagę, że nietylko „pełzak dyzenterji" jest chorobotwórczy, ale że także „pełzak okrężnicy" *(entamoeba coli)*, uważany pospolicie za nieszkodliwego mieszkańca kiszki, może w pewnych warunkach wywołać sprawę, podobną do dyzenterji. Dzieje się to w razie współdziałania tego pełzaka z *„Blastocystis hominis"*, uważanego również za nieszkodliwego. *„Blastocystis"* aktywuje prawdopodobnie zjadliwość pełzaka okrężnicy. Tę postać dyzenterji, wywołaną przez takie zakażenie mieszane, należy uznać za postać odrębną od zwykłej czerwonki bakteryjnej i od dyzenterji pełzakowej. Odznacza się ona wielką uporczywością, niepodatnością na leczenie i skłonnością do nawrotów. Rozpoznanie jej jest możliwe tylko przy pomocy badania mikroskopowego.

C. (Kraków).

Ostre zatrucie nadmanganianem potasu. E. HOKE i R. WAECHTER. Med. Klin. Nr. 45, 1932.

Opisany jest przypadek 17-letniego chłopca, który w celu samobójczym zażył łyżkę nadmanganianu potasu w substancji. Wśród wymiotów i utraty przytomności odwieziony został do szpitala. Badanie wykazało błony śluzowe jamy ustnej i nosa fioletowo podbarwione, miejscami z nadżerkami, tętno wolne, oddech zbliżony do Cheyne-Stokes'a. Przy płókaniu żołądka wydobyto treść bezbarwną. Podano kofeinę i lobelinę, na drugi dzień *sensorium* wolne, oddech miarowy, tętno wykazuje pojedyńcze ekstrasystole. Po 2 dniach chory opuścił szpital w dobrym stanie. Autorzy są zdania, że nadmanganian potasu, jako środek silnie trujący, nie powinien się znajdować w wolnym handlu, a w celach leczniczych stosowany winien być bardzo ostrożnie. Dawka śmiertelna według Jakscha wynosi 15—20 g. Śmierć następuje w przeciągu 6 godzin.

Z. Kucikówna (Lwów).

Wyniki lecznicze wycięcia tarczycy w chorobie Basedowa. H. WELT. Pres. Méd. Nr. 56, 1932.

Autor podaje statystykę, która wykazuje 124 zabiegów operacyjnych w chorobie Basedowa (od r. 1928 do r. 1932) przyczem nie obserwowano ani tężyczki ani obrzęku śluzakowatego ani krwotoków pooperacyjnych, a tylko 1 przypadek śmierci. Te dobre wyniki przypisuje odpowiedniemu postępowaniu przedoperacyjnemu, które polega na kilkotygodniowem leżeniu, podawaniu Lugola lub innych środków leczniczych i operowaniu dopiero wtedy, kiedy pacjent jest już psychicznie przygotowany do operacji. W przypadkach lżejszych zabieg wykonują jednoczasowo, w cięższych dwuczasowo w odstępach kilkomiesięcznych, a w bardzo ciężkich najpierw podwiązują naczynia krwionośne, a dopiero później wycinają tarczycę. Co do trwałości wyników leczniczych, to na 37 przypadków dłużej obserwowanych, tylko w 4 wyniki były niezupełne, co należy przypisać nieodpowiedniemu leczeniu poprzedniemu, jak za długie leczenie wewnętrzne, naświetlanie Roentgenem lub leczenie radem.

Skowroński (Lwów).

W sprawie naświetlań przy chorobie Basedowa. BARDACHZI-EPSTEIN (Aussig). Med. Klin. Nr. 42, 1932.

Nawiązując do pracy Joachima Prüfera, który zaobserwował u chorych na chor. Basedowa 5 przypadków śmierci po naświetlaniu radem i 1 po naświetlaniu promieniami Roentgena, autor przytacza na wstępie wszystkie metody leczenia nadtarczyczności i chor. Basedowa, poczem następuje dokładniejsze omówienie 8 przypadków zakończonych śmiertelnie na 111 obserwowanych w latach od 1924—1931. Wkońcu autor dochodzi do wniosku, że w wyborze metody leczenia musi się zawsze indywidualizować, uwzględniając tak stopień schorzenia jak i moment socjalny. I tak naświetlać się powinno wszystkie przypadki wyraźnej choroby Basedowa i dopiero przy braku poprawy po 2—3 mies. — operować. W przypadkach cięższych stosować małe dawki i w dużych przerwach. W przypadkach najcięższych, skłonnych do śpiączki i psychoz, poprzedzić naświetlanie leczeniem zapomocą jodu. W objawach uciskowych zawsze operować. W schorzeniach wielogruczołowych leczyć zachowawczo. Wreszcie w toksycznym gruczolaku można poza zabiegiem operacyjnym leczyć z korzyścią promieniami Roentgena.

Z. Kucikówna (Lwów).

Leczenie krztuśća zastrzykami szczepionkowemi i wodnemi W. BAYER. Med. Klin. Nr. 42, 1932.

Z własnych obserwacyj na blisko 50 chorych dzieciach na krztusiec, przychodzi autor do przekonania, że między zastrzykami wodnemi i szczepionkowemi różnicy w efekcie leczniczym nie obserwował, zaś uzyskane polepszenia odnosi do leczniczo-pedagogicznych wpływów, jakim dzieci podlegały w czasie leczenia.

Godlowski (Kraków).

Doświadczenia kliniczne w leczeniu schorzeń serca równoczesnem podawaniem cukru i insuliny. F. LASCH. Med. Klin. Nr. 48, 1932.

Autor stosując w niewyrównanych wadach serca jako leczenie podawanie równoczesne cukru gronowego i insuliny, nie obserwował korzystnego wpływu na przebieg choroby, przeciwnie widział niekiedy pogorszenia. Niemniej jednak poleca stosowanie stężonych roztworów cukru gronowego w zastrzykach dożylnych jako środka nasercowego.

Godlowski (Kraków).

O leczeniu niedokrwistości złośliwej. A. E. MEYER, O. RICHTER i A. C. IVY. Arch. of Internal Medicine. V. 50, Nr. 4, 1932.

Autorzy przedstawiają doskonałe wyniki lecznicze po podawaniu wyciągów z końskiej wątroby. Owe wyciągi stosowali zarówno podskórnie, jakoteż dożylnie i uzyskiwali poprawę po 6—8 tygodniach.

Tomanek (Lwów).

Leczenie niedokrwistości złośliwej wyciągiem z soku żołądkowego. MORRIS, SCHIFF, FOULGER, RICH i SHERMAN. Journ. of the Am. Med. Assoc. Nr. 3, 1933.

Badania autorów wykazały, że w normalnym soku żołądkowym znajduje się substancja drażniąca silnie szpik kostny. Substancja ta, czuła na wpływy temperatury i przesączalna przez kolodjum, jest najprawdopodobniej hormonem i autorowie nazwali ją *adyzyną (addisin)*. Jako jednostkę jej oznaczyli autorowie ilość jej zawartą w 100 cm³ soku żoł. Potrafili oni doprowadzić ją do znacznego stężenia i badali na chorych wpływ jednorazowego podania dużej dawki. Podawali oni domięśniowo 50—60 jednostek (= 5—6 l soku żoł.) jednorazowo. Wyniki tego zastrzyku przeszły ich oczekiwania, gdyż ilość ciałek czerwonych wzrosła kilkakrotnie, niemal do normy, utrzymując się na tym poziomie przez miesiąc i dłużej. Autorowie wyrażają przypuszczenie, że po dalszem udoskonaleniu preparatu będzie można zapomocą jednego zastrzyku wywołać całkowitą remisję choroby i chorych utrzymywać przy zdrowiu, ponawiając zastrzyki co kilka miesięcy.

A. Selzer (Lwów).

Seroterapja zapalenia płuc. M. FINLAND i W. D. SUTCLIFF. Journ. of the Am. Med. Assoc. Nr. 8, 1933.

Autorowie leczyli zrazowe zapalenie płuc wywołane przez pneumokoka typu II przez wstrzykiwanie swoistej surowicy wysokowartościowej. (Seroterapja antypneumokokowa t. I. jest już ogólnie znana i ma szerokie zastosowanie). Pneumokok t. II. wywołuje zapalenie płuc w 13—23% ogólnej liczby przypadków i naogół jest o wiele bardziej złośliwy aniżeli typu I. Badania autorów na przeszło 100 przypadków wykazały, że surowica swoista wywiera bardzo korzystne skutki na przebieg choroby: śmiertelność zmniejsza się znacznie, gorączka i inne objawy ostrego zakażenia zmniejszają się szybko i naciek zapalny jest ograniczony i nie rozszerza się, bakterjemja nie występuje, a o ile zaś była przed leczeniem, to szybko znika.

Wstrzykiwanie niskowartościowej surowicy nie daje dobrych wyników, zatem powodzenia leczenia nie można przypisać działaniu nieswoistemu białka.

A. Selzer (Lwów).

RUCH W TOWARZYSTWACH LEKARSKICH. — ZJAZDY.

Sekcja do zwalczania alkoholizmu Państwowej Naczelnej Rady Zdrowia.

Protokół posiedzenia odbytego w dniu 14. XII. 1932 r. w Ministerstwie Opieki Społecznej.

Przewodniczy Dr. Jan Adamski — Dyrektor Departamentu Służby Zdrowia, następnie Dr. B. Ostromęcki, Zastępca Dyrektora Departamentu Służby Zdrowia.

Protokół prowadzi I. Chojnacka.

Dyr. B. Duchowicz: *W jaki sposób w obecnych warunkach można prowadzić naukę alkohologji?*

We wstępie do referatu prelegent podkreślił warunki, powiększające u nas niebezpieczeństwo skutków alkoholizmu, mianowicie: 1) niedostateczne odżywianie się przeważnej liczby mieszkańców Rzeczypospolitej, 2) charakter Polaków z przewagą pierwiastków uczuciowych nad pierwiastkiem rozumowym i wolą. Współdziała to wszystko w rozwoju takich zjawisk psychicznych, jak infantylizm popędu zachowawczego (pod wpływem alkoholu), o czem mówi między innemi Dr. R. Markuszewicz (w XVI. z. Roczn. Psychjatryczny).

Na tle powyższego panujący powszechnie brak zrozumienia dla elementarnych podstaw alkohologji powoduje najwyższe trudności w dziedzinie społecznej walki z alkoholizmem.

Jako ilustrację panującej niewiedzy w tej dziedzinie referent podaje fakt tak częstego kwalifikowania walki z alkoholizmem, jako działalności szkodliwej dla Państwa. Prelegenci walki z alkoholizmem niejednokrotnie stwierdzają, że po wygłoszeniu wykładów spotykają się z szeregiem zapytań, ujawniających absolutny brak wiadomości w tej dziedzinie, i słyszą nieraz słowa żalu, że nie uczyli się tego w szkołach. Szkoła winna być nietylko miejscem zdobywania wiedzy, ale zakładem wychowującym młodzież, a gdy trzeba promieniującym na rodzinę i środowisko młodzieży. Prelegent podkreśla ważność abstynencji nauczyciela-wychowawcy; jako najlepszą metodę zaleca stosowanie wskazań Dr. Gawrońskiego, prymarjusza zakładu psychjatrycznego w Dziekance, mianowicie budzenia i pomnażania wyższego poziomu radości życia codziennego, zawodowego i społecznego, radości życia, jako czynnika, zdolnego zahamować niższe instynkty i wskazać wartości wyższe. Zasady takie wpajać mogą w młodzież jednostki, które same przejdą odpowiednią szkołę i same przejmą się właściwą atmosferą. W dalszym ciągu referent podaje parę postulatów, stawianych przez Dr. Gawrońskiego, dotyczących racjonalnej walki z alkoholizmem, prowadzonej przez szkołę. Pierwszym warunkiem byłoby wyeliminowanie ze szkoły młodzieży psychopatycznej i dzieci nałogowych pijaków i skierowanie jej do specjalnych internatowych zakładów leczniczo-wychowawczych. Drugim postulatem byłoby stworzenie poradni profilaktycznych dla młodzieży słabszej psychicznie, i trzecim — zakładanie parków psychohigienicznych o charakterze leczniczo-wychowawczym i profilaktycznym dla ogółu dzieci.

W dalszym ciągu referatu prelegent mówi o trudnościach, wynikających ze współpracy z domem ze względu na alkoholizm, nawet umiarkowany, rodziców i przytacza dane statystyczne, opracowane przez p. Adamowiczową i ks. Sopoćkę.

Przechodząc do metody wprowadzania wiadomości z dziedziny alkohologji w szkołach, ważnem jest rozpoczęcie pracy już od przedszkola metodą poglądową, opartą na wrodzonej spostrzegawczości dziecka, skierowując tę spostrzegawczość we właściwym kierunku i ucząc wysnuwania odpowiednich wniosków, w klasach wyższych miejsce dla alkohologji znajdzie się przy wykładach każdego prawie przedmiotu. Zwłaszcza przy nauce przyrody, na wycieczkach, na lekcjach historji, psychologji, na wykładach, dających młodzieży zakres wiedzy społeczno-obywatelskiej i gospodarczej. Przy takiem ujęciu nauki alkohologji, jako obowiązkowego przedmiotu, nie wymagałaby ona więcej niż pół godziny tygodniowo w 4-klasowem gimnazjum — dla zsyntetyzowania nabytych wiadomości. Prelegent podkreśla ważność wyzyskania zamiłowań młodzieży do czytania: w tym wypadku ważnym jest dobór książek w bibljotekach szkolnych. Przeczytane książki należycie omówione będą dużą pomocą w nauczaniu alkohologji. Koniecznem jest jednak, by alkohologję wykładał bezwzględnie przekonany abstynent, gdyż młodzież jest szczególnie wrażliwa na żywy przykład człowieka, którego czyny odpowiadają słowom. Trudność największa polega na tem, że w chwili obecnej brak jest odpowiedniej liczby nauczycieli dostatecznie przygotowanych. Na ogólną liczbę około 70,000 znajdzie się ich najwyżej 500. Powód tego tkwi zarówno w niewiedzy nauczycielstwa, jak również w braku zainteresowań tą dziedziną. Szczególnie się to uwypukla w czasie dorocznego tygodnia Trzeźwości, gdy trudno jest znaleźć prelegentów do wygłoszenia w szkołach obowiązkowych wykładów. Potrzebna jest w tym wypadku kontrola pracy szkolnej przez inspektorów i wizytatorów. Wobec powyższego najpilniejszą jest rzeczą obowiązkowe przeszkolenie wszystkich nauczycieli w Polsce, a poznanie zagadnień alkohologji byłoby potrzebne i członkom administracji ogólnej, i Policji Państwowej, i Stanowi Sędziowskiemu. Prelegent wskazuje na trudności przy opracowywaniu statystyki przestępstw, wynikające z nieścisłego ujęcia związku alkoholizmu ze zbrodniczością.

Reasumując, prelegent podkreśla konieczność stworzenia katedr, względnie lektoratów alkohologji we wszystkich szkołach akademickich, gdzie jest to najbardziej właściwy i celowy sposób opanowania zagadnień alkohologji i zgłasza następujące wnioski:

1. Wobec niezbitego faktu, że znajomość biologicznych, ekonomicznych i moralnych skutków alkoholizmu, zwłaszcza przewlekłego, u najszerszych warstw społeczeństwa naszego prawie nie istnieje, u ludzi zaś, orzekających w przeróżnych sprawach, znajomość ta bywa przeważnie znikomo mała, dlatego ze względu na dobro Państwa wyniknął obecnie nakaz chwili stan ten corychlej zmienić i dane z zakresu nowoczesnej alkohologji uczynić własnością całego społeczeństwa.

2. Kościół, Szkoła, przez którą należy rozumieć ogół wychowawców cywilnych i duchownych, jak również lekarza, wreszcie Wojsko są czynnikami, na których barkach winien przedewszystkiem spocząć wymieniony w punkcie pierwszym obowiązek.

3. Wprowadzenie w czyn wspomnianego obowiązku winno się odbywać w dwojakim kierunku: doraźnym oraz obliczonym na daleką przyszłość.

A) W kierunku natychmiastowego uświadomienia wychowawcom (punkt 2) ich doniosłego patrjotycznego zadania, które ma polegać na stałem i szczerem wszczepianiu w młode pokolenie zasad nowoczesnej alkohologji, należy:

1) obowiązkowo zaznajomić ogół nauczycielstwa z zasadami nowoczesnej alkohologji w dostatecznie obszernym zakresie przez lekturę oraz kursy alkohologji w stolicy i w większych ośrodkach kultury;

2) przeciwalkoholowe nauczanie należy rozpocząć w przedszkolach (na tym stopniu chodzić będzie o wzbudzenie obrzydzenia do naczyń, przeznaczonych do picia alkoholu, do osoby pijaka i jego niepoczytalnych uczynków, jak częstej nędzy i t. p.).

Na usługach walki z alkoholizmem winny pozostawać wszystkie przedmioty w szkole powszechnej oraz niższych szkołach zawodowych i dokształcających. W tym celu należy wszystkie czytanki, książkę rachunkową i podręcznik przyrody żywej i martwej zaopatrzyć w odpowiednią ilość materjału zawierającego treść przeciwalkoholową, w rozmiarze przynajmniej 1/10 objętości dotyczących książek, w sprawozdaniach zaś nadzoru szkolnego zarówno powiatowego, jak okręgowego, podawać stale skutki nauczania przeciwalkoholowego.

W szkole średniej ogólnokształcącej, w szkołach technicznych średnich, w szkołach agrotechnicznych, w zakładach dla kształcenia nauczycieli szkół powszechnych i niższych zawodowych winna być udzielana w każdej klasie alkohologja systematyczna w wymiarze przynajmniej pół godziny na tydzień przez osobę chociażby z poza grona nauczycielskiego, która praktykuje abstynencję w swem życiu.

3) Ze względu na konieczność rozumnego, szczerego i ścisłego przestrzegania ustawy naszej o ograniczeniu spożycia alkoholu przez ludność należy jaknajrychlej urządzić szczegółowe kursy dokształcające dla sędziów, urzędników administracji politycznej i Policji Państwowej, przyczem wykładający winni być obznajomieni nietylko z całokształtem zagadnień alkohologji, ale szczerze uprawiającymi abstynencję od napojów alkoholowych.

4) Wszelkie zakłady naukowe, jak również biura urzędów, a wreszcie miejsca sprzedaży napojów alkoholowych należy zaopatrzyć w tablice do walki z alkoholizmem.

B) W kierunku wychowania przyszłych nauczycieli dla szkół wszelkiego typu, od przedszkoli począwszy, a na szkołach akademickich skończywszy, w duchu idei abstynenckiej alkohologja winna się stać przedmiotem nauczania i egzaminu nietylko w zakładach dla kształcenia nauczycieli szkół powszechnych i niższych zawodowych, ale również obowiązkowym wykładem ze ścisłem *colloquium* na wszystkich wydziałach szkół o charakterze akademickim dla przyszłych księży i duszpasterzy, lekarzy, nauczycieli szkół średnich i zawodowych, prawników, techników, handlowców i i. ,którzy w ciągu swej przyszłej pracy zawodowej w życiu winni mieć jasno i stale przed oczyma grozę plagi alkoholizmu zarówno w kierunku czynów człowieka, jego jakości i ilości pracy, jego zdrowia.

Dyr. Adamski proponuje rozpatrzenie wniosków referenta po sprawozdaniu Komisji i udziela głosu p. Szymańskiemu, który odczytuje opracowane przez Komisję wnioski, zgłoszone na poprzedniem posiedzeniu Sekcji.

Komisja w składzie p. p. sen. A. Iżyckiego, Dr. S. Stypułkowskiego i red. J. Szymańskiego, powołana do opracowania wniosków, zgłoszonych na pierwszem posiedzeniu Sekcji do walki z alkoholizmem przy Państwowej Naczelnej Radzie Zdrowia dnia 24. VI. 1932, ma zaszczyt przedstawić Sekcji do uchwalenia następujące wnioski:

I. *W zakresie nauczania.*

1) Zwrócić się do Ministerstwa W. R. i O. P. z prośbą: a) o wprowadzenie obecnie alkohologji, jako przedmiotu obowiązkowego we wszystkich seminarjach nauczycielskich oraz o przeznaczenie na pogadanki i wykłady o alkoholiźmie w szkołach powszechnych, zawodowych, rolniczych i średnich przez najmniej 4—6 godzin rocznie, w wypadku braku odpowiednich sił nauczycielskich należy skorzystać z pracy wędrownych nauczycieli instruktorów abstynentów, wybranych z pośród jednostek czynnych w szkolnictwie, a urlopowanych specjalnie do tego celu, b) o wprowadzenie alkohologji do programów kursów uzupełniających, dokształcających i t. p. dla nauczycieli, jako przedmiotu obowiązkowego, c) aby na konferencje „rodzicielskie" wprowadzono m. i. jako temat zagadnienie alkoholizmu wśród dzieci i walki z nim, d) aby we wszystkich wyższych zakładach naukowych, zwłaszcza na wydziałach medycznych, wprowadzona została alkohologja, jako przedmiot obowiązkowy.

2) Zwrócić się do Ministerstwa Spraw Wojskowych z prośbą o wydanie zarządzenia, aby referenci oświatowi w wojsku prowadzili wykłady o alkoholiźmie, ze szczególnem uwzględnieniem momentu łączności między alkoholizmem, a niesubordynacją i chorobami wenerycznemi i ogólną fizyczną i psychiczną sprawnością armji.

3) Zwrócić się do Ministerstwa Opieki Społecznej z prośbą, by, organizując kursy dla przeszkolenia personelu kierowniczego i wychowawczego dla zamkniętych zakładów opiekuńczo-wychowawczych, szerzej uwzględniało sprawę uświadamiania o niebezpieczeństwie alkoholizmu, przedewszystkiem dla dzieci rodziców-alkoholików, zapełniających takie zakłady.

4) Zwrócić się do Ministerstwa Komunikacji z prośbą, aby na kursach instruktorskich i dokształcających odbywały się obowiązkowe wykłady alkohologji.

5) Zwrócić się do Komendy Głównej P. P. z prośbą o wprowadzenie do programu szkół i kursów policyjnych alkohologji, jako przedmiotu obowiązkowego.

6) Zwrócić się do Państwowego Urzędu Wychowania Fizycznego i Przysposobienia Wojskowego z prośbą o wprowadzenie do programów instytutów, studjów i kursów wychowania fizycznego alkohologji, jako przedmiotu obowiązkowego.

7) Zwrócić się do organizatorów prelekcyj popularno-oświatowych przy Wyższych Zakładach Naukowych, by stale uwzględniali tematy z dziedziny alkohologji za przykładem „Powszechnych Wykładów Uniwersytetu Jagiellońskiego", które prowadzą stały dział przeciwalkoholowy na swoim terenie w Województwach Krakowskiem, Śląskiem i Kieleckiem.

II. *W dziedzinie lecznictwa.*

Zwrócić się do Departamentu Służby Zdrowia Ministerstwa Opieki Społecznej z prośbą: a) o możliwie jaknajszybsze wykończenie budowy i uruchomienie Zakładu dla alkoholików i nałogowców w Świacku Wołłowiczowskim, b) o utworzenie przychodni przeciwalkoholowych przy istniejących ośrodkach zdrowia, szczególnie w miastach, liczących ponad 50.000 mieszkańców, c) zalecenie Zakładom psychjatrycznym tworzenia specjalnych oddziałów dla nałogowców, gdzie można byłoby prowadzić właściwy tryb leczniczo-wychowawczy.

III. *Wnioski ogólne.*

1) Zwrócić się do Departamentu Służby Zdrowia Ministerstwa Opieki Społecznej z prośbą o wprowadzenie do programów Zjazdów lekarzy powiatowych zagadnienia walki z alkoholizmem i o włożenie na tych lekarzy obowiązku żywszego interesowania się tą sprawą.

2) Zwrócić się do Departamentu Samorządowego Ministerstwa Spraw Wewnętrznych z prośbą, aby wpłynął na samorządy wojewódzkie, miejskie i powiatowe w kierunku czynnego zajęcia się zwalczaniem alkoholizmu.

IV. *W sprawie statystyki.*

1) Zwrócić się do Ministerstwa Sprawiedliwości z prośbą, aby przy opracowywaniu statystyki przestępczości uwzględniano alkoholizm, jako jedną z przyczyn przestępczości.

2) Zwrócić się do Departamentu Służby Zdrowia Ministerstwa Opieki Społecznej oraz Naczelnej Izby Lekarskiej i Ogólno-Państwowego Związku Kas Chorych z prośbą, aby statystyki chorób i przyczyn śmierci ściśle uwzględniały alkoholizm, jako przyczynę główną lub współdziałającą.

W dyskusji Prof. Gantkowski porusza zadania lekarza-wychowawcy, ważność szkół dla dzieci psychicznie i fizycznie niedorozwiniętych oraz zapytuje, czy Dr. Kopczyński, jako Naczelny Wizytator Higjeny przy Ministerstwie Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego, nie może mieć wpływu na ustosunkowanie się nauczycieli do zagadnienia alkoholizmu i na wprowadzenie tego zagadnienia do programów konferencyj inspektorów powiatowych, żądając sprawozdań z prowadzonych prac. Prof. Gantkowski uważa, że duże znaczenie mogłoby mieć żądanie przez Ministerstwo Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego sprawozdań od wszystkich rad wydziałowych uniwersytetów z poruszania zagadnienia alkoholizmu, oraz podkreśla ważność systematycznych wykładów na kursach dokształcających i w szkołach policjantów. Zagadnienie jest nieznane — przy poważnem zetknięciu się z niem wzbudza zainteresowanie, jako przykład przytacza zebranie oficerów na Kongresie Przeciwalkoholowym w Katowicach.

Dr. Kopczyński znajduje, że zadanie jest trudne, ma jednak pewne szanse przeprowadzenia. Programy szkolne są już ułożone lub na ukończeniu; mówca opracowuje program higjeny i jest w kontakcie z komisją, opracowującą programy przyrody. Program „nauki o człowieku" jest tak ujęty, że 3/4 godzin ma przyrodnik, a 1/4 lekarz. Ważność zagadnienia polega jednak na tem, że ten co uświadamia musi sam znać przedmiot. Program egzaminu pedagogicznego dla nauczycieli obejmuje temat higjeny wychowawczej, w której może i winno się znaleźć zagadnienie alkoholizmu; należy dążyć do stworzenia licznych kadr nauczycieli abstynentów, tworzyć koła abstynenckie młodzieży, popierać ruch harcerski, mający tak duże znaczenie w życiu młodzieży, a oparty na zasadach abstynencji. Ważnem jest wprowadzenie alkohologji do seminarjów dla ochroniarek. Żądanie perjodycznych sprawozdań z pracy może natrafić na pewne trudności. Jeżeli Departament Służby Zdrowia wystąpi z inicjatywą w wyżej omówionych sprawach i zwróci się do Wydziału Programowego Ministerstwa Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego, odniesie to bezwzględnie pożądane rezultaty.

P. Szymański, nawiązując do opracowanych przez Komisję wniosków, zaznaczył, że Komisja zgłosiła tylko zasadnicze postulaty, a praktycznie nasuwały się pewne punkty, które należy przedewszystkiem stopniowo realizować, mianowicie: 1) kształcenie nauczycieli — w tym celu należy zwrócić uwagę na obsadę zakładów takich, jak licea, seminarja nauczycielskie i t. p.; 2) programy wszelkiego rodzaju kursów dokształcających dla nauczycieli winny uwzględniać cykl wykładów z dziedziny alkoholizmu — minimum 6-godzinny. Dotychczasowe doświadczenia niezbicie udowadniają, że dorywcze odczyty i wykłady niemal mijają się z celem: mogą pobudzić uczuciowość, lecz nie zawsze przekonają rozumowo, i dlatego też mówca uważa za niezbędne wykłady systematyczne. Trzeciem zagadnieniem byłyby programy uniwersyteckie, w szczególności wydziału lekarskiego i innych, promujących nauczycieli i pedagogów. Poruszając zagadnienie tworzenia kół specjalnych, mówca zaznacza, że seminarja duchowne sprawę tę na swym terenie już wprowadzają w życie, gdyż we wszystkich istnieją silne liczebnie koła alumnów-abstynentów.

P. Szymański wraz z prelegentem mocno podkreślają konieczność bezwzględnej abstynencji wykładowców.

Ks. Ciemniewski zwraca uwagę na konieczność znalezienia w poczynaniach zwalczania alkoholizmu oddźwięku z dołu— wśród młodzieży. Należy otoczyć opieką i wzmacniać związki abstynenckie młodzieży i nauczycieli. Są wprawdzie trudności z powodu istnienia różnych kategoryj związków nauczycielskich (szkół średnich, wyższych, powszechnych, oraz zabarwień politycznych). Zachęta i ułatwienia przy tworzeniu tych kół powinny wyjść z góry. Pożądane byłoby wystąpienie z odpowiednim apelem do istniejących związków nauczycielskich. Mówca zgłasza wniosek konkretny, ażeby zwrócić się do poszczególnych związków i towarzystw nauczycielskich w kraju z prośbą o poruszanie na zebraniach swoich kwestji alkoholizmu w szkole oraz tworzenie wśród siebie związku pedagogów-abstynentów.

Ks. Gałdyński zwraca uwagę na znaczenie lekcyj wzorowych na zjazdach regjonalnych nauczycieli; mówi, że pojęcie abstynencji powinno obejmować nietylko wódkę, ale wino i piwo, oraz podkreśla konieczność popierania w szkołach abstynenckiej „Złotej Księgi".

Sędzia Glass, podnosząc wartość referatu Dyr. Duchowicza, zauważa, że poza kościołem, szkołą, wojskiem, medycyną, ważnym jest niezmiernie stan prawniczy. Należy na wydziale prawnym wprowadzić lektorat alkohologji. Konieczne byłoby również urzą-

dzenie specjalnych kursów alkohologji dla sędziów i adwokatów. Mówca proponuje również zwrócić się do Ministerstwa Sprawiedliwości w sprawie sposobu zbierania danych statystycznych, gdyż na podstawie obecnych nie można uwypuklić związku między przestępczością a alkoholizmem, pomimo że związek ten jest silny i nieraz występuje jaskrawo.

Dr. Chodźko, wyrażając się z uznaniem o referacie prelegenta, zaznacza również potrzebę kursu dla prawników i informuje, że są już wszczęte pertraktacje w sprawie zorganizowania w Państwowej Szkole Higjeny kursu higjeny społecznej dla prawników. Program w ogólnym zarysie ujmowałby podstawy biologiczne i psychiczne przepisów prawnych z zakresu sanitarnego; w programie tym należy uwzględnić zagadnienie alkoholizmu. Nawiązując do poprzedniego posiedzenia Sekcji, mówca raz jeszcze zwraca uwagę na ważność kształcenia instruktorów do walki z alkoholizmem, gdyż przy rozbudzeniu zainteresowania społeczeństwa i obowiązkowych wykładach może zabraknąć odpowiednio wykwalifikowanych sił. W tym celu proponuje zorganizowanie w Państwowej Szkole Higjeny w możliwie niedługim czasie specjalnego kursu dla instruktorów.

Po wyczerpaniu dyskusji wnioski, zgłoszone przez prelegenta, jak również opracowane przez Komisję, zostały przyjęte, jednak ponieważ w paru punktach wzajemnie się pokrywają, na wniosek Dyr. Ostromęckiego powierzono tej samej Komisji redakcyjne uzgodnienie i zgłoszenie w możliwie szybkim czasie do Departamentu Służby Zdrowia.

Przewodn.: *Adamski.*
Sekretarz: *I. Chojnacka.*

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie.

Protokół posiedzenia naukowego z dnia 28 czerwca 1932 roku.

1. Kol. Chodkowski K., czł. T-wa, przedstawił przypadek *wrzodu dwunastnicy* u 2-letniego dziecka, które przybyło do Szpitala św. Stanisława 23 kwietnia 1932 r. z podejrzeniem na dur brzuszny. Zachorowało przed 5 dniami. Ciepłota była jakoby podniesiona; stolce początkowo były wolne, potem — zaparte. Przed rokiem przechodziło „nieżyt jelit".

Dobry stan odżywienia. W narządach wewnętrznych zmian nie stwierdzono. W pierwszych dniach pobytu w oddziale wystąpiły objawy zapalenia opon mózgowych, stan ogólny chorego stale się pogarszał. Pod koniec życia jakoby miał czarne stolce. Zmarł 6. V. 1932 r. Rozpoznanie kliniczne: *gruźlicze zapalenie opon mózgowych.*

Podczas badania pośmiertnego stwierdzono: 1) gruźlicze zapalenie opon miękkich podstawy mózgu z towarzyszącem mu wodogłowiem wewnętrznem, 2) pierwotny zespół gruźliczy, ognisko pierwotne limfatyczne tchawiczo-oskrzelowe po stronie prawej; zapalenia naczyń limfonośnych, wiodących od ogniska do gruczołu, 3) ogólną gruźlicę prosówkową płuc, śledziony, nerek i wątroby, 4) wrzód trawienny dwunastnicy wielkości monety 10 groszowej.

W tylnej ścianie tuż poniżej odźwiernika, wrzód był okrągły, miał ostro ścięte gładkie brzegi w odcinku zwróconym ku brodawce dwunastniczej — schodkowate dno jego stanowiła częściowo cienka, prawie przeźroczysta warstwa tkanek, częściowo głowa trzustki. Wrzód ten spowodował nadzwyczaj obfity krwotok do jelit. Badanie mikroskopowe ściany wrzodu oznak gruźlicy nie stwierdziło. Przyczyny rozwoju wrzodu nie udało się ustalić. Należy zaznaczyć, iż dziecko przed przybyciem połknęło żelazne gwoździe szewskie. Niewyłączone, iż wrzód rozwinął się na tem tle (uraz). Związek przyczynowy z gruźlicą, która istniała w ustroju dziecka jest możliwy, lecz mało prawdopodobny.

Chorobę wrzodową w wieku dziecięcym spotyka się naogół znacznie rzadziej niż u dorosłych. Choroba wrzodowa najczęściej występuje u noworodków, następnie we wczesnych latach dzieciństwa, po 10 r. ż. zdarza się rzadko. Zmiany najczęściej zajmują dwunastnicę, rzadziej żołądek.

Klinicznie część przypadków choroby wrzodowej dwunastnicy ma przebieg utajony (krew utajona w kale). Niekiedy przejawia się krwawemi wymiotami i krwawemi stolcami. Śmiertelne krwawienia w chorobie wrzodowej dwunastnicy u dzieci zdarzają się często wskutek nadżarcia ściany tętnicy dwunastniczo-trzustkowej. U noworodków jest on najczęstszą przyczyną krwawych stolców *(melaena vera).* Rzadziej wrzód przebija i wywołuje zapalenie otrzewnej. Część wrzodów goi się, niekiedy bardzo szybko.

Patogeneza wrzodów trawiennych w wieku dziecięcym dotychczas jest niewyjaśniona. U noworodków duże znaczenie prawdopodobnie mają zaburzenia w krążeniu krwi. Pewną rolę odgrywa także ucisk na dwunastnicę przez wątrobę i przyciśnięcie jej do głowy trzustki, co powoduje niedokrwienie ściany; wrzód powstaje wtórnie z zadziałania soku żołądkowego (Aschoff). U dzieci poza zaburzeniem w krążeniu znaczenie w powstawaniu wrzodu mają: a) oparzenia powłok skórnych, b) zaburzenia w odżywieniu.

Pewne znaczenie mają także czynniki rodzinne (występowanie wrzodu u dzieci z jednej i tej samej rodziny).

Dyskusja: Kol. Sławiński spostrzegał 2 przypadki wrzodu dwunastnicy u dzieci po wypiciu ługu. Oba przebiegały bez objawów klinicznych. Śmierć nastąpiła w rok po wypiciu ługu z krwotoku do jelit. Badanie pośmiertne potwierdziło rozpoznanie kliniczne.

2. Kol. Filiński wygłosił odczyt p. t.: *„W sprawie zmian organicznych w środkowym układzie nerwowym w przebiegu włośnicy".* F. opisuje przypadek włośnicy u kobiety, lat 32, u której w okresie zwolnienia gorączki i ogólnej poprawy wystąpiły objawy oponowe i porażenie połowicze. Nakłucie lędźwiowe wykazało płyn mózgowo-rdzeniowy krwisty. Choroba skończyła się śmiercią.

Przy badaniu sekcyjnem stwierdzono zakrzep zatok mózgowych i ognisko rozmiękczenia czerwonego. F. omawia wogóle zmiany w centralnym układzie nerwowym we włośnicy i przechodzi do rozważań nad rolą samego pasorzyta w powstawaniu zakrzepów, a szczególnie zakrzepów zatok mózgowych. Uważa za możliwe miejscowe działanie samych włośni, które według ostatnich spostrzeżeń atakują nietylko układ mięśniowy, ale przenikają do szeregu innych narządów.

3. Kol. Hrom omówił *„Ciśnienie średnie w odniesieniu do ciśnienia tętniczego maksymalnego i minimalnego na podstawie badań oscylograficznych".* Posługiwał się w swoich badaniach przyrządem oscylograficznym odtwarzającym na papierowej taśmie po dwie krzywe przy każdem badaniu: jedną dla określenia ciśnienia maksymalnego z zastosowaniem mankietu dwukieszeniowego, typu Galavardina, drugą — ciśnienia średniego i minimalnego przy zastosowaniu mankietu jednokieszeniowego. Ogółem wykonano czterysta badań. Stwierdzono, że ciśnienie średnie wykazuje większą stałość u ludzi niż ciśnienie maksymalne lub minimalne, tem niemniej waha się ono w dość szerokich granicach zwłaszcza u nadciśnieniowców; wahania powyższe zaobserwowano również na kończynach różnoimiennych. Ciśnienie minimalne daje się dokładnie określić jedynie w 30—38% przypadków. Spostrzeżenie tyczące się nadciśnienia samoistnego należy do niezmiernych rzadkości. Wobec powyższego autor proponuje posługiwać się w klinice dwoma pomiarami ciśnień: maksymalnym oraz średnim, wobec trudności związanych z dokładnem określaniem ciśnienia minimalnego.

Dyskusja: Kol. Gorecki uważa ciśnienie średnie za równoznaczne z ciśnieniem optymalnem. Dowody, uzasadniające ciśnienie średnie, nie są jeszcze ogólnie przyjęte. Może ono mieć znaczenie praktyczne, nigdy jednak jego oznaczanie nie zastąpi oznaczania ciśnienia maksymalnego i minimalnego. Każde z tych ciśnień ma inne znaczenie i o czem innem mówi. Należy bezwzględnie zachować ciśnienie maksymalne, gdyż ono jest najlepszym wykładnikiem zmian w układzie krążenia. Nie należy starych metod pewnych i dobrych zastępować nowemi jeszcze niepewnemi.

Kol. Higier jun. omawia znaczenie ciśnienia średniego i jego zmienność w przypadkach nadciśnienia (30% przypadków — ciśnienie średnie prawidłowe, 70% — zmienne). Wskazuje także na pewną rozbieżność w przedstawionych tablicach.

Kol. Krajewski: Praca ta nie posunęła naprzód zagadnienia o ciśnieniu średniem. Odczytywanie „krzywych" jest zadaniem wysoce subjektywnem. Sądzi, że jedyna korzyść, aczkolwiek niedostatecznie dowiedziona, to wykazanie, że ciśnienie średnie nie jest wielkością stałą, jak to podaje Vaquez, co zwłaszcza wyraźnie zaznacza się przy porównywaniu krzywych z kończyny górnej i dolnej tej samej osoby.

Kol. Hrom St. w odpowiedzi zaznacza, że niewątpliwie ciśnienie średnie Vaqueza wykazuje pewną analogję do znanego w Niemczech ciśnienia optymalnego, określanego przy pomocy sfigmobolometrji. O możliwości błędów subjektywnych w określaniu ciśnienia średniego prelegent nadmienił. Ścisłej granicy między normalnem ciśnieniem maksymalnem a nadciśnieniem maksymalnem nie można ustalić, toteż prelegent kierował się stanem ciśnienia na kończynach górnych i dolnych; w przypadkach, gdy różnica wynosiła więcej niż 3 mm Hg przewagi na kończynach dolnych, już przypadki z ciśnieniem maksymalnem 15 na kończynach górnych odnosił do grupy nadciśnieniowców. Na podstawie tego grupę nadciśnieniowców stanowiły w 70% przypadki z ciśnieniem maksymalnem wyżej 16 cm Hg; w 60% — z ciśnieniem wyżej 17 cm Hg oraz w 40% przypadki z ciśnieniem maksymalnem wyżej 18 cm Hg.

Kol. Orłowski stwierdza, że ciśnienie średnie jest obecnie jednem z największych zainteresowań na Zachodzie (Francja).

Posiada ono niewątpliwie znaczenie kliniczne, przytem oznaczanie jego jest znacznie łatwiejsze niż oznaczanie ciśnienia optymalnego, a nawet minimalnego.

4. Kol. Płońskier omówił *„Badania doświadczalne nad wpływem czynników roślinnych na powstawanie guzów złośliwych u szczurów.* W naszych badaniach udało się wywołać guzy złośliwe u szczurów przez wstrzykiwanie zawiesiny z miąższu pomidorów: guzy miały charakter nowotworów złośliwych, zbliżonych do mięsaków okrągłokomórkowych i w każdym razie niepodobnych do mięsaków Jensena: w śledzionie, wątrobie i w gruczołach limfatycznych klatki piersiowej znaleziono przerzuty. Badania kontrolne z burakami, kapustą i kartoflami dały wyniki ujemne.

Prezes: *Witold Orłowski.*
Sekretarz doroczny: *Karol Chodkowski.*

Ministerstwo Opieki Społecznej.

Warszawa, dnia 4 maja 1933.

Okólnik Nr. 21/33.

Udział finansowy samorządów w akcji zdrowotnej.

Do Pana Wojewody (wszystkich) i Pana Komisarza Rządu m. st. Warszawy.

W ciągu ostatnich lat wobec trudności finansowych związki samorządowe przeprowadzają takiego rodzaju oszczędności, które szczególnie ujemnie odbijają się na zdrowiu publicznem; w budżetach samorządowych są wybitnie zmniejszane, a często całkowicie skreślane sumy na utrzymanie przychodni zapobiegawczych, lub zapomogi dla towarzystw prowadzących akcję zdrowotną, jak np. T-wa Przeciwgruźlicze.

Z drugiej strony organizacje społeczne nie są w stanie bez wydatnej pomocy samorządów prowadzić akcji społeczno-higjenicznej i zwracają się z odpowiedniemi wnioskami do Ministerstwa Opieki Społecznej. Dowodem tego jest apel zgłoszony na ostatnim Walnym Zjeździe Polskiego Związku Przeciwgruźliczego w dniu 4 grudnia 1932 r.

Apel ten wskazywał dwie drogi pomocy tego rodzaju instytucjom ze strony samorządów:

1) uwzględnienie w budżetach samorządowych odpowiednich dotacyj na cele zdrowotne, oraz

2) udział samorządów w charakterze członków w towarzystwach o celach specjalnych, jak Towarzystwa Przeciwgruźlicze.

Wobec powyższego, w porozumieniu z Panem Ministrem Spraw Wewnętrznych proszę Pana Wojewodę, aby z tytułu nadzoru nad finansami samorządów zalecił uwzględnianie w budżetach samorządowych w granicach równowagi budżetowej wydatków na akcję zdrowotną w takiej mierze, aby pozwoliły na wykonywanie ich bezpośrednich obowiązków w tej dziedzinie oraz na utrzymanie już istniejących instytucyj na odpowiednim poziomie.

Minister: *Dr. St. Hubicki.*

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Odznaczenia i wiadomości osobiste.

Mjr. dr. Kazimierz Michalik, lekarz naczelny 2 p. lotn. w Krakowie, odznaczony złotym krzyżem zasługi za działalność na polu lotnictwa sanitarnego i turystycznego.

Zmarli.

Dr. Jakób Gwidon Arct, generał bryg. w st. sp., b. dyrektor Kasy Chorych i radny m. Łodzi.

Prof. dr. Herman Sahli, dyrektor kliniki lekarskiej w Bernie szwajcarskiem, ogólnie znany, wybitny klinicysta, twórca całego szeregu metod rozpoznawczych, zmarł w 77 roku życia.

Ruch w Towarzystwach lekarskich i Zjazdy.

Na posiedzeniu Wydz. Lek. Polskiej Akademji Umiejętności w dn. 15 maja b. r. przedstawione zostały prace: prof. Stefko (z Moskwy): Przyczynki do anatomji patologicznej gruźlicy u Mongołów i porównawcza anatomja mikroskopowa płuc Mongołów; Jakimowicza: Meningitis neurotoxica reactiva; Gwoździa: O zdolności odtleniania soli rtęciowych przez barwik moczu prawidłowego, zawierający siarkę; Pelczara i Murza-Murzicza: O zawartości potasu w tkankach gołębi chorych na beri-beri.

Posiedzenie Tow. Lek. Warszawskiego odbyło się 16 maja 1933 r. 1) Fejgin M. członek T-wa: Różniczkowanie, rokowanie i postępowanie w stanach żółtaczkowych. 2) Wagner K. członek T-wa: Wskazania i wartości lecznicze Heluanu (w Egipcie).

XVI. posiedzenie naukowe Lwowskiego Tow. Lek. odbyło się 19 maja b. r. Porządek dzienny: 1) Kol. Dobrzański, czł. Twa: Przypadek ciała obcego w tchawicy dziecka (pokaz). 2) Kol. Koskowski, czł. Twa: Podstawy działania leczniczego przetworów morszyńskich. 3) Kol. Długosz, czł. Twa: Zastosowanie lecznicze naturalnej morszyńskiej wody gorzkiej ze zdroju Bonifacego na podstawie dotychczasowych badań. 4) Kol. Ziembicki, czł. Twa: Z historji Morszyna. 5) Kol. Rencki, czł. Twa: Morszyn w dobie obecnej.

X. posiedzenie Wydz. Lek. T. P. N. wspólnie z Poznańskiem Tow. Ginekolog. odbyło się 19 maja 1933. 1. Pokazy (m. innemi doc. Żuralski i dr. Matzke). 2. Wykłady: a) Dr. Czyżak: Wyniki lecznicze złośliwych nabłoniaków kosmówkowych na podstawie materjału Woj. Klin. dla Kobiet. b) Doc. Bajoński: Pęknięcie macicy na podstawie blizny. c) Dr. Stöckl: Obraz drobnowidowy przysadki mózgowej w nabłoniaku kosmówkowym. d) Dr. Szygowski: O przedziurawieniach macicy na podstawie materjału Woj. Klin. dla Kobiet.

Komunikaty.

Nowy Zakład dla dzieci skrofulicznych i gruźliczych Uniw. Jagiellońskiego w Zakopanem. Po 11 latach pracy Uniw. Jagielloński doprowadził do końca budowę Zakładu dla dzieci skrofulicznych i gruźliczych w Zakopanem, który został stworzony przez prof. E. Godlewskiego, a prowadzony jest przez Wydział lekarski Uniwersytetu. Zakład ten, którego zaczątkiem była instytucja darowana przez „Komitet Książęco Biskupi dla pomocy ofiarom wojny" powstał głównie dzięki zaufaniu jednostek samorządowych do Uniwersytetu Jagiellońskiego oraz pomocy państwowej w ten sposób, że drobny dług, jaki został zaciągnięty na ukończenie budowy, nie będzie obciążać materjalnie (amortyzacją) leczących się chorych dzieci. Myślą przewodnią Uniwersytetu było stworzenie warsztatu naukowego oraz demonstracyjno-dydaktycznego dla młodzieży akademickiej, a nadto jako wyraz pracy społecznej Uniwersytetu umożliwienie niezamożnym rodzicom i instytucjom zajmującym się choremi dziećmi leczenia dzieci za jaknajniższą opłatą, nieporównanie niższą aniżeli w sanatorjach prowadzonych jako przedsiębiorstwo. Dzieci umieszczane być mogą zarówno przez pośrednictwo związków komunalnych, Kas chorych, instytucyj filantropijnych i rodziców lub opiekunów. Narazie z powodu braku pawilonu izolacyjnego Zakład przyjmuje gruźlicę gruczołową oraz kostną, a z innych postaci tylko formy niezakażające. Zakład jest Oddziałem kliniki pedjatrycznej i chirurgicznej Uniwersytetu Jagiellońskiego, a leczenie prowadzone jest na miejscu przez eksponowane w Zakopanem lekarskie siły wymienionych powyżej klinik. Zakład rozporządza 250 łóżkami, z czego jest 100 chirurgicznych, reszta internistyczna. Zakład podlega wyłonionemu przez Uniwersytet Jagielloński Kuratorjum (Kraków, ul. św. Jana 20). Wykończony ten Instytut leczniczy składa się z dwóch gmachów złączonych tunelem, a mianowicie z budynku głównego, stanowiącego pomieszczenie chorych i mieszczącego sale szkolne, rekreacyjne, jadalnie i t. d. oraz z pawilonu administracyjno-gospodarczego (zarząd, kuchnia, pralnia, kotłownia). Do Zakładu należy rozległy, częściowo zalesiony teren. Wychodząc z założenia, że dzieci dotknięte chorobą przewlekłą powinny być nietylko leczone ale wychowywane i uczone, Zakład ma zorganizowaną szkołę z prawami publiczności oraz przedszkole, ażeby dzieci w czasie leczenia nie traciły lat przygotowania do życia. Zakład wyposażony jest w pracownie i w aparat Roentgena, ponieważ Uniwersytet pragnie stworzyć z niego nietylko Instytucję leczniczą ale także placówkę naukowo-badawczą.